

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juin 1892, à 1 heure

Par LÉON MERLE

Né à Pontgibaud (Puy-de-Dôme), le 31 décembre 1864

DE

L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ, MAYGRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

204

ANNÉE 1892

THÈSE

N^o —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juin 1892, à 1 heure

Par LÉON MERLE

Né à Pontgibaud (Puy-de-Dôme), le 31 décembre 1864

DE

L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ, MAYGRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLIAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.]

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agréés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJÉRINE	MARIE	RETTÉLER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au début de ce travail, j'ai hâte de remplir un devoir qui m'est cher.

Ceux-là seuls qui ont été maîtres-répétiteurs, savent combien cette délicate fonction est difficile à remplir et combien plus difficile encore est le travail personnel pour ceux qui veulent arriver. Heureux, quand comme moi, ils sont appelés à collaborer avec des administrateurs dont la haute valeur n'a d'égale que la bienveillance dont ils entourent leurs subordonnés. A Monsieur Joubin, proviseur du Lycée Saint-Louis, à Monsieur Chapuis, censeur, j'adresse ici l'expression de ma plus vive reconnaissance. Je les ai toujours trouvés prêts à me faciliter la tâche, à m'aider de leurs conseils, à soutenir mon courage parfois défaillant, et si je suis arrivé à la fin de mes études médicales je n'oublierai pas que c'est à eux, en grande partie, que je le dois.

M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, a bien voulu s'intéresser à moi : qu'il veuille bien me permettre de lui exprimer mes sentiments de respectueuse gratitude.

La mort m'a privé du plaisir que j'aurais eu aujourd'hui à remercier un homme de cœur qui savait tendre la main aux petits, le général Pélissier. Ma voix ira-t-elle jusqu'à lui ? Je ne sais ; mais je connais quelqu'un qui m'entendra. Merci !

Merci aussi à vous qui m'avez aidé, parents, amis, collègues, et croyez à mon entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BUDIN

Professeur agrégé à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine
Accoucheur de la Charité
Chevalier de la Légion d'honneur

CHER MAITRE,

A vous qui l'avez inspirée, je dédie ma thèse. Mon unique préoccupation en faisant ce travail a été de le rendre digne de vous. Je sais que je suis resté bien au-dessous de ma tâche. Mais c'est parce que, plus que tout autre, je connais votre bienveillance, que j'ose vous prier d'accepter ce faible témoignage de profonde reconnaissance et de respectueuse affection.

L. MERLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TARNIER

Professeur d'accouchement
Chirurgien en chef de la Clinique d'accouchement et de gynécologie
de Paris

Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage respectueux et reconnaissant.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0062

DE L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE

INTRODUCTION

Pendant les dix mois que je viens de passer dans le service d'accouchement de la Charité, il m'a été donné d'observer deux avortements gémellaires. Il y a six mois M. Budin m'engagea à faire ma thèse inaugurale sur ce sujet, et je me mis à l'œuvre.

Si on parcourt les traités d'accouchement anciens ou nouveaux, les nombreux travaux qui ont paru sur l'avortement, on constate que ce point a été presque complètement oublié. On trouve bien dans les auteurs quelques observations d'avortement multiple, mais elles sont rares et ne sont précédées ou suivies d'aucune considération. A peine rencontre-t-on quelques lignes à propos de faits qui de plus ou moins loin semblent s'y rattacher. C'est probablement à cause de sa rareté que ce point a été laissé dans l'ombre. Cependant l'étude de l'avortement gémellaire est loin d'être dénuée de tout intérêt, non seulement au point de vue théorique, mais encore et surtout au point de vue pratique, comme j'essaierai de le démontrer. Outre les causes ordinaires de l'avortement, la grossesse gémellaire peut être interrompue par des

causes particulières. La présence de deux œufs ou de deux fœtus donnera à cet avortement une marche spéciale, et la conduite à tenir au moment de l'avortement et de la délivrance diffèrera absolument de celle de l'avortement simple. C'est un chapitre qui manque dans les traités d'obstétrique où il devrait avoir sa place. Je n'ai pas la prétention de faire ici ce chapitre, mais seulement de présenter à la Faculté, sur l'avortement gémellaire, un travail qui pourra peut-être avoir quelque utilité.

Je ne ferai pas l'historique de la question, préférant rapporter aux différents chapitres que je traiterai, l'opinion des auteurs qui en ont dit quelques mots.

L'avortement gémellaire n'étant traité nulle part, j'ai dû rassembler le plus grand nombre possible d'observations, pour pouvoir de l'examen et de la discussion des faits, tirer des conclusions. Je me suis adressé un peu partout pour trouver ces observations. Les revues et journaux étrangers surtout anglais et italiens m'en ont fourni un certain nombre. Mais la plus grande partie, je l'ai tirée des registres de la Maternité ; et à ce propos, que M^{me} Henry, la distinguée sage-femme en chef de la Maternité veuille bien me permettre de lui adresser ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle elle m'a reçu et a mis sa bibliothèque à ma disposition.

Mon travail touchait à sa fin, lorsqu'est paru dans les *Archives de tocologie* de février un dernier mémoire de MM. Maygrier et Démelin, sur l'avortement multiple, mémoire renfermant une quinzaine d'observations presque toutes personnelles. J'aurai à en tenir compte et je ferai à ces messieurs quelques emprunts.

Voici l'ordre que j'ai adopté :

Je dirai quelques mots de la fréquence de l'avortement gémellaire et de l'époque à laquelle il se produit le plus souvent.

J'en étudierai ensuite les causes ; il y a là quelques points qui me paraissent dignes d'être notés.

Puis je traiterai du diagnostic et de la marche, ce qui m'entraînera à quelques considérations sur la duplicité de l'utérus et sur la superfétation.

Pour être complet, je consacrerai un chapitre à quelques cas extraordinaires de grossesse double intra et extra-utérine.

Enfin, la délivrance, le pronostic, la conduite à tenir, formeront les trois derniers chapitres.

CHAPITRE PREMIER

DE LA FRÉQUENCE DE L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE.

L'avortement multiple est chose rare, très rare. Il faut passer des mois dans un service d'accouchement avant d'en voir un cas se produire. J'ai parcouru avec soin tous les registres de la Maternité depuis 1825 jusqu'en 1890, et c'est à peine si parmi les milliers d'accouchements qui ont eu lieu dans ce long espace de temps, j'ai pu relever une cinquantaine d'avortements gémellaires.

Il eût été intéressant peut-être de faire une statistique établissant la proportion de cet accident par rapport aux accouchements. Ce travail était commencé, lorsqu'on me fit remarquer que cette statistique ne pouvait être exacte, puisqu'elle ne comprendrait pas les cas produits en ville, et que d'autre part, beaucoup de femmes en travail d'avortement, ou ayant avorté, étaient transportées non pas dans les maternités, mais en raison de la gravité de la situation, ou pour d'autres motifs, dans les services de médecine. J'arrêtai donc mes recherches de ce côté. Mais j'ai lu dans le travail de MM. Maygrier et Démelin, le passage suivant :

« Faisons remarquer à ce propos la rareté relative, au moins à l'hôpital, de l'accident qui nous occupe : depuis avril 1886, jusqu'au 4 janvier 1892, il y a eu seulement 8 avorte-

ments gémellaires sur 2097 accouchements : 1 sur 262 en moyenne. »

Il m'a semblé que cette proportion n'était pas la vraie et que M. Maygrier avait été exceptionnellement favorisé. Je me suis alors rendu à la Clinique d'accouchement et avec l'autorisation que m'a gracieusement accordée M. Tarnier, j'ai parcouru les bulletins de 1880 à 1887 inclusivement, les quatre dernières années faisant défaut. Ces huit années m'ont donné un total de 6325 accouchements, parmi lesquels 5 avortements gémellaires, soit 1 avortement sur 1265 accouchements; or comme on admet qu'il y a en moyenne 1 grossesse gémellaire sur 95 grossesses simples, nous avons la proportion suivante : 1 avortement gémellaire sur 12,5 grossesses multiples. Cette proportion est approximativement la même que celle que m'auraient donnée les registres de la maternité, et je crois qu'elle se rapproche davantage de la réalité.

CHAPITRE II

A QUELLE ÉPOQUE SE PRODUIT L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE ?

Au dire de tous les auteurs l'avortement simple se produit surtout dans les 4 premiers mois. Si j'en juge d'après les observations que j'ai recueillies, il n'en serait pas de même pour l'avortement gémellaire. En effet, sur 40 observations puisées à la maternité, je trouve : avortements à 3 mois et à 3 mois $1/2$, 2 seulement ; à 4 mois, 6 ; à 4 mois $1/2$, 6 ; à 5 mois, 19 ; à 5 mois $1/2$, 7. Comme on le voit presque la moitié de ces avortements ont eu lieu à 5 mois, ou du moins, c'est à cette époque de la grossesse que l'avortement a été le plus souvent observé.

Je n'ai pas trouvé d'exemple d'avortement avant le troisième mois. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas, mais seulement qu'on n'en a pas observé. On le comprendra facilement, si l'on se rappelle qu'à cette époque l'avortement se fait en bloc, et la facilité avec laquelle il passe inaperçu, dans les premières semaines : Une jeune femme passe une ou deux époques sans voir, puis après une promenade, une soirée, survient une hémorrhagie qu'elle prend pour un retour de règles ; ou bien elle fait une chute et se relève inondée de sang : elle garde le repos pendant quelques jours, et tout est fini. Ce n'est rien que cela, le médecin n'est même pas averti. Ce n'est rien en effet qu'un avortement. Y avait-il un seul embryon ou deux ?...

Je suppose même que l'avortement se fasse dans des conditions plus favorables. Un médecin ou une sage-femme assistent la malade ; celle-ci perd des caillots, on les examine avec soin jusqu'à ce qu'on ait trouvé un embryon ; on se tient alors pour satisfait, on néglige de regarder les autres caillots ; l'idée de grossesse gémellaire ne vient même pas à l'esprit, et si elle existait, elle passe inaperçue.

Si les deux œufs, comme cela peut arriver, ne sont pas expulsés en même temps, l'erreur est encore plus facile à commettre : on a vu un œuf, on croit que l'avortement est fait ; l'autre œuf a passé ou passera inaperçu ; ou bien encore il restera dans la cavité utérine. En effet, c'est surtout quand l'avortement a lieu dans les premiers mois, qu'un œuf étant expulsé, l'autre peut continuer à se développer dans l'utérus.

On pourrait même dire que le second fœtus a d'autant plus de chances de poursuivre sa vie utérine, que la grossesse est moins avancée. La raison en est simple. Comme le dit Hubert de Louvain : « Dans les premiers mois, l'utérus n'est pas encore bien apte à se contracter, il a moins de prise sur son contenu, il est moins aidé par la presse abdominale, et son col est encore long, ferme et résistant. » Il est encore trop faible pour se débarrasser de tout son contenu. Sous l'influence de la cause excitante, il entre en contraction, expulse un œuf, puis fatigué par le grand effort qu'il vient de faire, il s'arrête et se repose.

De plus, à cette époque, les deux œufs adhèrent moins entre eux, leur séparation est plus facile qu'elle ne le sera plus tard, quand les membranes seront plus intimement

accolées. Le second œuf a donc des chances plus grandes de rester dans l'utérus.

Mais à cinq mois, cinq mois $1/2$, c'est le moment où le ventre commence à acquérir un volume anormal; deux fœtus sont pour l'utérus une surcharge dont il cherche à se débarrasser. Devenu plus fort, il se contracte énergiquement, et le plus souvent, expulse son contenu en totalité; mais pas toujours, comme nous le verrons.

CHAPITRE III

CAUSES DE L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE.

Il y a d'abord toutes les causes qui provoquent d'ordinaire l'avortement et que l'on trouve longuement énumérées dans tous les auteurs, depuis l'utérus irritable que le parfum d'une fleur suffit à exciter, jusqu'aux traumatismes, aux maladies générales et locales, aux diathèses syphilitiques et autres.

Mais outre ces causes ordinaires de tout avortement, il y en a d'autres qui tiennent exclusivement à la présence de deux fœtus dans la cavité utérine. Et tout d'abord, *la mort de l'un des jumeaux*. On sait que lorsqu'un fœtus est mort, il joue dans la cavité utérine le rôle de corps étranger ; l'utérus tend à s'en débarrasser, il entre en contraction, et si avec le fœtus mort, il s'en trouve un autre vivant, le même travail, le plus ordinairement, le débarrasse des deux.

On peut alors se demander quelle est la cause de la mort de l'un des jumeaux et pourquoi l'un a succombé plutôt que l'autre. S'il s'agit d'un traumatisme, on peut supposer que le choc a porté plus particulièrement sur l'un d'eux ; mais toute cause de ce genre étant écartée, on en est réduit à faire des hypothèses. Dubois invoquait la vigueur plus grande d'un des fœtus, qui, plus fort, absorbait la plus grande partie des matériaux nutritifs aux dépens de son voisin, lequel

dépérissait et succombait au manque de nourriture. Guillemeau pensait que l'un mourrait atrophie par suite de la compression exercée sur lui par son frère. La mort pour Cruveilhier, provenait du décollement successif du placenta. Ces auteurs semblent avoir jugé chacun d'après un cas qui l'aurait frappé davantage. Cazeaux est plus dans le vrai en généralisant : pour lui, lorsqu'un fœtus meurt, c'est le résultat d'une maladie du fœtus lui-même, ou des membranes, ou du placenta.

Mais cela ne nous dit pas pourquoi un jumeau est frappé plutôt que l'autre ; si c'est parce qu'il offre moins de résistance, à quoi est due cette résistance moindre. Chantreuil cite une observation d'avortement gémellaire à cinq mois et demi dans laquelle un des fœtus avait contracté la variole, la mère et l'autre fœtus restant indemnes. Il est difficile de s'expliquer pourquoi le jumeau sain n'a pas été contaminé plutôt que l'autre, ou qu'il ne l'ait pas été en même temps.

Une des causes les plus communes de ce genre d'avortement est sans contredit l'*hydramnios plus ou moins précoce* qui complique fréquemment la grossesse gémellaire. J'aurai occasion d'y revenir à propos du diagnostic.

Rumpe (*British med. Journ.*, nov. 21, 1891) prétend que : « l'avortement et le travail prématuré sont plus fréquents quand il y a un œuf unique et deux jumeaux. La mort intra-utérine de l'un des fœtus est trois fois plus fréquente que lorsqu'il y a deux œufs. Comme cela est très connu les monstruosité et conditions pathologiques sont très communes parmi les jumeaux à un seul œuf ; tandis qu'elles ne sont pas plus fréquentes quand il y a deux œufs que lorsque la grossesse est simple. »

Ajoutons que l'hydramnios est aussi beaucoup plus fréquente dans ces cas et on comprendra facilement, qu'en effet, soit l'hydramnios, soit la mort de l'un des fœtus provoque l'avortement.

Je ne fais que signaler les nœuds du cordon comme cause de la mort d'un fœtus, lorsque les deux jumeaux sont contenus dans le même œuf. MM. Guéniot, Tarnier et Chantreuil en ont rapporté des observations.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE L'AVORTEMENT GEMELLAIRE.

Ce diagnostic peut être fait à trois périodes :

1° *Avant le travail.*

2° *Pendant le travail.*

3° *Après l'expulsion du fœtus.*

1°. — *Diagnostic avant le travail.*

Disons-le de suite, ce diagnostic est impossible, au moins dans les premiers mois. Tout au plus, pourra-t-on soupçonner l'existence de jumeaux. L'interrogatoire de la malade sera de quelque utilité : Si elle a eu déjà une grossesse gémellaire, si dans ses antécédents on relève des parturitions doubles, soit du côté du père, soit du côté de la mère, on pourra songer à une grossesse gémellaire. L'importance de l'hérédité dans les phénomènes de la gestation est aujourd'hui trop connue pour que j'aie besoin d'y insister. Nous savons que la multiparité y prédispose. Il arrive aussi assez fréquemment chez les femmes qui portent plusieurs enfants, que les phénomènes du début de la grossesse sont beaucoup plus accusés. Ce point est noté souvent dans mes observations. Mais, combien y a-t-il de femmes dont la grossesse

est simple et qui ont des phénomènes de début très marqués, inquiétants même parfois ?

Les anciens auteurs parlent du volume exagéré du ventre, (Dionis, Cazeaux, Mauriceau) même dans les premiers mois, de l'œdème sus-pubien, de la forme de l'utérus, autant de signes qui n'ont aucune valeur. Le volume du ventre peut être le résultat d'une hydramnios, de même que l'œdème sus-pubien. Il est vrai que l'hydramnios complique souvent la grossesse gémellaire, mais elle reconnaît aussi d'autres causes plus communes, la syphilis, par exemple.

En résumé, je dirai : chez une femme enceinte, multipare, dans les antécédents de laquelle on relève des conceptions multiples, qui a présenté au début de sa grossesse des accidents plus accentués que d'habitude, des varices, surtout une hydramnios précoce, on sera en droit de penser à une grossesse double. Mais ce ne sont là que des circonstances qui donnent un certain degré de probabilité à l'hypothèse de la présence de jumeaux. Ces circonstances ne peuvent et ne doivent que prévenir l'accoucheur de la possibilité d'une grossesse multiple, et rien de plus.

Mais du quatrième au sixième mois, alors que dans les grossesses simples on a des signes de certitude, est-ce que le diagnostic n'est pas plus facile ? Est-ce que l'on ne peut avoir des signes certains de la présence de plusieurs enfants dans l'utérus ?

Si étonnant que cela puisse paraître, je suis obligé de dire que à part deux ou trois cas dans lesquels des accoucheurs comme MM. Budin et Maygrier ont pu diagnostiquer une grossesse gémellaire, sans cependant en avoir des signes certains, ce diagnostic n'a jamais été fait. Dans presque toutes

les observations que j'ai recueillies, la présence de plusieurs enfants a été une surprise pour le médecin ou la sage-femme qui assistait la parturiente.

En effet, si nous passons en revue les différents moyens de diagnostic dont nous disposons, nous voyons que l'on ne peut s'appuyer sur aucun.

En *interrogeant* la malade, on apprendra assez souvent qu'elle a eu des accidents plus marqués au début de sa grossesse. J'en ai parlé, je n'y reviens pas. Mais si on lui demande des renseignements sur les mouvements de son enfant, elle répond parfois, qu'elle sent remuer partout. C'était là pour Levret un signe presque certain de la présence de jumeaux. Aujourd'hui nous avons soin de ne pas nous en rapporter uniquement aux mouvements du fœtus, car les erreurs seraient fréquentes. Outre qu'à cinq et six mois, le fœtus évolue dans la cavité utérine et que la femme peut percevoir des mouvements tantôt dans un endroit, tantôt dans l'endroit opposé, il faut se rappeler, comme je l'ai entendu dire par M. Maygrier, que le fœtus n'a pas seulement des pieds, mais aussi des mains, qu'il peut agiter ses membres supérieurs aussi bien que ses membres inférieurs, et qu'ainsi la mère peut percevoir à la fois des mouvements dans deux points opposés, alors qu'il n'y a qu'un seul fœtus dans l'utérus.

L'Inspection. — Au cinquième et au sixième mois, le ventre a parfois le volume de celui d'une femme à terme. Mais ce n'est là qu'un signe de présomption, signe souvent trompeur. Il est des femmes dont l'abdomen est très distendu, qui ne portent qu'un enfant, tandis que chez d'autres le ventre a un volume normal et cependant l'utérus renferme deux jumeaux.

A cette époque de la gestation, on pourra voir de l'œdème des jambes, de l'œdème sus-pubien auquel Depaul ajoutait une si grande valeur. Il me suffira pour montrer le peu d'importance qu'il convient d'attribuer à cette complication, de rappeler l'observation de M. Budin : cas de grossesse triple chez une femme qui ne présentait ni œdème des jambes, ni œdème sus-pubien, ni varices, ni douleurs lombaires, ni dyspnée, et cependant la grossesse était à terme.

On a signalé un sillon sur la paroi abdominale, indiquant la ligne de séparation des deux œufs. Ce sillon que l'on rencontre rarement dans les cas de grossesses doubles à terme, n'a jamais été mentionné au cinquième et au sixième mois.

L'auscultation. — S'il y a deux fœtus dans la matrice, disent les livres classiques, vous devez entendre deux centres de battements cardiaques. Théoriquement, on devrait en effet les entendre. Mais dans toutes les observations que j'ai relevées, on n'a jamais entendu qu'un maximum de bruits fœtaux. Assez souvent on n'a rien entendu.

La palpation ? Est-ce faute d'attention, est-ce par suite de difficultés dues à la tension de la paroi abdominale, au liquide trop abondant, au petit volume des fœtus, ou à toute autre cause ? Le palper n'a pas donné de meilleurs résultats que l'auscultation.

On se heurte en effet à des difficultés presque insurmontables :

En premier lieu, je citerai l'*hydramnios plus ou moins précoce*, parfois considérable, qui accompagne fréquemment la grossesse gémellaire.

Cette hydramnios masque les bruits des cœurs fœtaux.

L'utérus est quelquefois tellement distendu que le palper est absolument impossible. Je tiens de M^{me} Henry qu'elle a vu un cas d'avortement gémellaire de 4 mois et demi dans lequel on a recueilli 8 litres de liquide pesé. MM. Maygrier et Demelin rapportent une observation où on en a recueilli 6 litres. Comment à travers une pareille couche de liquide entendre des battements fœtaux? Comment avoir des sensations à peu près nettes au palper?

Les placentas insérés à la face antérieure de l'utérus peuvent aussi être un obstacle à l'auscultation et au palper.

Enfin, si on se rappelle que l'une des causes les plus fréquentes de l'avortement est la *mort de l'un des jumeaux*, on comprendra facilement que dans ce cas l'auscultation ne pourra être d'aucun secours et que le palper ne donnera aucune sensation précise.

Mais, me direz-vous, et le *toucher* Le toucher est un précieux moyen d'investigation qui peut être d'un grand secours pour le diagnostic, mais dans certains cas seulement, comme on va le voir.

En effet parmi les conditions que nous venons de considérer comme des obstacles au diagnostic, il en est deux qui dans certaines circonstances peuvent mettre sur la voie et même permettre d'affirmer la présence de jumeaux. Ces conditions se trouvent réalisées par : 1° l'hydramnios; 2° la mort de l'un des jumeaux.

1° *L'hydramnios.*

On lit dans tous les livres que l'hydramnios complique très souvent la grossesse gémellaire. Mais ce n'est pas

sur une donnée aussi vague que l'on peut établir un diagnostic. MM. Maygrier et Demelin ont très bien mis en lumière, dans leur travail, cette hydramnios particulière à marche spéciale qui accompagne les grossesses doubles. Je n'ai qu'à reproduire ici ce qu'ils en ont dit :

« La marche de cette hydramnios est toute différente de celle de l'hydramnios chronique qu'on observe habituellement. Dans ce dernier cas, bien que le liquide puisse commencer à augmenter dès le quatrième et le cinquième mois, il s'accroît lentement, et ce n'est qu'à une époque avancée de la grossesse que la complication est signalée par la femme et constatée par le médecin. Dans les faits qui nous occupent, au contraire, l'hydropisie se fait de bonne heure, parfois dès le troisième mois, et elle augmente très rapidement. Il en résulte une brusque distension de l'utérus. Le ventre prend un développement souvent énorme, étant donnée l'époque de la grossesse, la femme accuse de vives douleurs dans les reins et l'abdomen dues à la tension considérable de l'utérus, en même temps que des troubles produits par la compression des vaisseaux et des viscères : œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale, albuminurie, dyspnée, etc...

Généralement, 10 ou 15 jours au plus après l'apparition de cette hydramnios, l'utérus ne pouvant subir une distension plus grande se révolte, et des contractions utérines surviennent qui rendent l'avortement inévitable.

La cause de ce développement précoce et rapide du liquide amniotique nous reste inconnue. Nous noterons seulement que dans deux de nos observations, où cette complication s'est produite, avec une grande intensité, la syphilis paternelle n'était pas douteuse, et l'on sait l'influence exer-

cée par cette affection sur la production de l'hydramnios.

La fréquence de cette complication, son *apparition dans les premiers mois* de la gestation, l'*allure caractéristique* qu'elle revêt lui donnent une assez grande valeur au point de vue du diagnostic, et nous estimons que lorsqu'on la verra se produire dans ces conditions, on sera en droit de soupçonner une grossesse gémellaire ou multiple à son début avec un avortement imminent à peu près fatal. L'un de nous a pu émettre cette opinion dans un cas, alors qu'aucun autre signe ne pouvait déceler la présence de deux fœtus, et un avortement gémellaire a confirmé ses prévisions.

Ainsi donc, l'hydramnios qui rend si souvent très difficile le diagnostic d'une grossesse gémellaire avancée, a, au contraire, une valeur diagnostique importante au début de cette même grossesse. »

Voici quelques observations à l'appui :

Stone a rapporté le fait suivant dans l'*Amer. journ. of obstetrics*, avril 1890 :

OBSERVATION I

Grossesse gémellaire avec hydramnios aiguë à 4 mois $1/2$.
Délivrance prématurée au sixième mois.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, ayant eu un enfant à terme, mais trois fausses couches, sans aucune trace de syphilis, ni chez elle ni chez son mari. Règles régulières, manquent en juin : Diagnostic de grossesse qui reste normale *jusqu'à 4 mois $1/2$ quand tout à coup*, le ventre grossit énormément, et au sixième mois, l'abdomen est surdistendu au maximum, sans hydropisie. Le ballottement indique la mobilité d'un fœtus dans

beauconp d'eau. Le travail commence à 6. mois... expulsion de deux jumeaux, etc.

Autre observation prise à la Maternité :

OBSERVATION II

Avortement de 5 mois $1/2$. Hydramnios considérable des deux œufs. Deux sommets.

L... femme D..., entrée le 27 décembre 1882, à 3 heures du soir, primipare, 24 ans, couturière; bonne constitution; bassin normal. Réglée à 12 ans, depuis régulièrement, pendant deux ou trois jours, peu abondamment.

Le palper donnait un développement de l'utérus comme une grossesse arrivée à terme, développement exagéré qu'on a expliqué par la grande quantité de liquide amniotique. L'auscultation ne donnait qu'un maximum des bruits du cœur. Le toucher permit de constater que le col était effacé, l'orifice lenticulaire avec bords un peu épais. Les premières douleurs se manifestèrent le 27 décembre à 4 heures du soir.

Une fois déclaré, le travail marcha régulièrement et la dilatation fut complète à 11 heures 30 minutes du soir. La rupture des membranes pour le premier enfant eut lieu à 11 heures 30 minutes du soir, son expulsion à 11 heures 35 minutes. A 11 heures 50 minutes eut lieu la rupture des membranes pour le deuxième enfant. Son expulsion à 11 heures 53 minutes du soir. Les deux enfants, du sexe masculin, ont présenté le sommet. Le premier a vécu pendant 7 heures. Il était du poids de 570 grammes. Le deuxième est né mort et pesait 610 grammes.

Délivrance naturelle, le 27, à 11 heures 55 minutes du soir.

Les deux enfants avaient chacun leur poche respective et la cir-

culation paraissait n'être pas commune. Le liquide contenu dans les deux poches était en quantité très considérable, mais n'a pu être recueilli.

OBSERVATION III (personnelle).

Recueillie à la Charité.

Avortement gémellaire de 5 mois 1/2. Hydramnios aiguë.

La nommée D..., 24 ans, brodeuse, entre dans la salle d'accouchement le 1^{er} novembre 1881 à 9 heures 20 minutes du soir. Ses parents sont encore vivants. Sa mère est affectée de varices ; son père a souvent des étouffements.

La mère a eu 8 enfants dont 6 sont morts encore jeunes. Deux restent, un garçon qui se porte très bien et la malade.

La parturiente est de taille assez élevée, d'une bonne constitution, sans trace de rachitisme ni de syphilis. Elle ne sait à quel âge elle a commencé à marcher ; mais elle a toujours été bien portante. Premières règles à 15 ans ; depuis menstruation régulière et sans douleur.

Les dernières règles datent du 25 avril 1891. Dès le début de sa grossesse, la parturiente a eu peu d'appétit ; depuis le mois de juin jusqu'au mois de juillet, elle a eu des vomissements, surtout le matin en sortant du lit. Elle ne peut nous dire à quel moment elle a senti remuer. Ces derniers temps, son ventre, qui jusque-là avait augmenté insensiblement, a pris tout à coup un développement rapide.

Les premières douleurs se sont fait sentir le samedi 31 octobre ; elles se sont maintenues la nuit suivante, et dans la journée du 1^{er} novembre elles sont devenues si fortes et si fréquentes que la femme fut obligée de se rendre au service d'accouchement. A l'inspection, le ventre se présente très volumineux, très tendu,

dur, non en rapport avec l'âge de la grossesse, ombilic saillant, et sur tout l'abdomen, beaucoup de vergetures récentes. Au palper parois très distendues, très dures, on ne sent rien, sinon l'utérus qui se contracte sous la main.

Au toucher, on sent le col très bas, presque à l'entrée du vagin. L'orifice utérin dilaté est d'environ six centimètres donnant passage à une poche des eaux volumineuse, intacte, à travers laquelle on sent une tête très petite, très engagée, et se déplaçant facilement : suture sagittale, dans le diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure à droite et en arrière. L'auscultation ne donne rien. M. Budin examine la malade, et sent en arrière de la tête une partie fœtale qu'il ne peut préciser. En raison de la situation déclive du fœtus, de son petit volume, comparé à celui du ventre, il songe à une grossesse gémellaire. Les douleurs étaient fortes et fréquentes, et à 4 h. 1/2, la dilatation étant complète, la poche des eaux s'est rompue spontanément, une grande quantité de liquide amniotique s'est écoulé. Le ventre a un peu diminué, mais est resté encore volumineux et distendu, ce qui fait supposer que la plus grande partie du liquide est restée dans l'utérus et semble confirmer l'hypothèse d'une grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des œufs. Environ 30 minutes après la rupture de la poche des eaux, à 5 heures, la tête commence à paraître à la vulve ; la rotation ne s'effectue pas du tout, et la tête sort en même temps que le bras droit, dans le diamètre oblique gauche. A peine la tête est-elle sortie, et je m'apprêtais à dégager les épaules, lorsqu'une contraction survenant, lança deux fœtus hors de la vulve, la tête du second appuyée contre l'aisselle du premier, et en même temps une grande quantité de liquide amniotique. Les deux enfants étaient vivants, mais respiraient faiblement. Les cordons furent liés et sectionnés, et cinq minutes après, à 5 h. 5 minutes, le placenta fut expulsé spontanément. Injection et toilette.

Les fœtus sont du sexe masculin, petits, l'un pèse 800 grammes, l'autre 750 grammes. L'un a la vessie remplie d'urine. Bientôt après la naissance, leur ventre commence à se gonfler. On les réchauffe, on les frictionne ; mais ils ne tardent pas à succomber l'un après l'autre. Ils ont vécu 2 heures.

Un seul placenta qui pèse 520 grammes. Deux poches séparées par une cloison.

Le placenta semble n'avoir qu'un chorion et deux amnios. Deux cordons, mesurant environ 20 centimètres chacun, très grêles, insérés aux bords opposés du placenta. L'état de l'accouchée est satisfaisant ; la température reste normale.

OBSERVATION IV (personnelle).

Recueillie à la Charité.

Avortement gémellaire au cinquième mois. Hydramnios.

La nommée Eliza A..., 27 ans, entre à la Charité, le 8 juin 1891, à terme d'une troisième grossesse, et accouche spontanément d'un enfant en présentation du sommet. Parmi les antécédents personnels de cette malade, nous relevons un accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant qui meurt au bout de huit jours. A 24 ans, elle redevient enceinte, grossesse très mauvaise. A 3 mois, son ventre est distendu, plus gros, nous dit-elle, que celui d'une femme à terme. Elle avorte dans le courant du cinquième mois. Elle expulse deux fœtus en même temps qu'une quantité considérable de liquide amniotique.

On trouve dans Hayem (1890) l'observation suivante :

OBSERVATION V

Hydramnios dans une grossesse gémellaire à œuf unique. — Hydramnios aiguë.

Femme de 41 ans, mère de six enfants, enceinte de six mois ; ayant fait une chute à la fin de juin, et s'étant remise, a eu subitement, le 20 juillet, une telle augmentation de volume du ventre, que, souffrant de vives douleurs et d'une cruelle dyspnée, elle a dû entrer à la clinique de Greifswald, le 26 juillet. On diagnostique la grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des œufs et on en provoque l'expulsion à l'aide d'une bougie, le 31 juillet. On évalue le liquide amniotique à 7 litres.

Guérison rapide de l'accouchée.

Placenta unique. Deux fœtus inégaux. Le gros pèse 630 grammes et mesure 32 centimètres de long ; il est œdématié et présente de l'ascite et de l'hydropéricarde ; dilatation des uretères et hydronéphrose.

Le petit mesure 27 centimètres et pèse 460 grammes, œdème mais pas d'ascite.

Je rapporte ici l'intéressante observation de M. Maygrier.

OBSERVATION VI

Grossesse gémellaire. — Hydramnios aiguë. — Avortement gémellaire à cinq mois et demi. — Hémorrhagie. — Délivrance artificielle. — Guérison.

Le 17 mars 1888, à minuit, le Dr Maygrier est appelé par le Dr Lataste auprès de M^{me} H..., enceinte pour la deuxième fois, arrivée, dit-elle, au quatrième mois de sa grossesse, et perdant du

sang et des caillots depuis plusieurs jours, et ayant actuellement une hémorrhagie abondante.

Depuis huit à dix jours, le ventre a augmenté brusquement et rapidement de volume; dans les deux derniers jours surtout, il a pris un accroissement considérable, et de vives douleurs se sont fait sentir. Enfin, il y a eu une montée de lait dans les seins. Ajoutons à ces renseignements que le père est un syphilitique ancien. Toutefois, le premier enfant est né vivant à terme.

L'examen dénote un ventre énorme pour quatre ou cinq mois de grossesse. L'utérus a en effet le volume d'un utérus de huit mois. Le palper donne une sensation de flot des plus nettes. En interrogeant minutieusement la femme on acquiert la certitude que les douleurs accusées par elle tiennent principalement à la distension brusque causée par la distension brusque d'une hydramnios aiguë. L'auscultation est nulle.

À l'arrivée de M. Maygrier, l'hémorrhagie est arrêtée. Le toucher vaginal ne révèle aucun début de travail; le col est long et fermé. On prescrit le repos au lit, des calmants, laudanum, chloral, et on fait de l'antisepsie vaginale.

Le diagnostic porté est le suivant : grossesse de quatre à cinq mois avec hydramnios aiguë, décollement prématuré de l'œuf et mort probable du fœtus, étant donnée la montée du lait.

M. Maygrier émet en outre la possibilité d'une grossesse gémellaire, vu l'hydramnios précoce.

Dans la soirée du 18 mars, M. Maygrier est appelé de nouveau en toute hâte dans les conditions suivantes. M^{me} L... est en travail depuis plusieurs heures; la dilatation étant presque complète, la poche des eaux s'est rompue spontanément, et une quantité très abondante de liquide s'est écoulée. Une hémorrhagie s'est déclarée en même temps. Le Dr Lataste présent, tout en faisant prévenir son confrère, se hâte d'aller à la recherche du fœtus, qui se présente par le siège et d'en faire l'extraction manuelle. Un petit jumeau

se présente immédiatement après, et il l'extrait de même. Le sang continuant à couler, il fait quelques tentatives infructueuses de délivrance artificielle. A son arrivé, le Dr Maygrier trouve le délivre en partie décollé, l'hémorrhagie persistant. Il introduit assez facilement la main dans l'utérus et parvient à extraire un placenta, qui est unique, avec ses membranes. La perte cesse. Injections chaudes, alcool, etc. Suites normales.

L'examen des fœtus a montré que la grossesse était un peu plus avancée qu'on ne le supposait et que son début devait remonter à cinq mois et demi environ.

Mais l'hydramnios peut permettre d'établir le diagnostic d'une façon plus certaine, dans d'autres circonstances. Par exemple, lorsqu'il y a deux œufs dont un seul hydropique, et que ce dernier est situé plus ou moins au-dessus de l'autre : c'est la disposition signalée par M. Budin et par M. Trachet. Dans ce cas, au toucher, le doigt sent à travers le segment inférieur, une partie fœtale, sans interposition de liquide, alors que au palper on a la sensation de tension et de fluctuation que donne un œuf hydropique.

De plus, la partie fœtale sur laquelle arrive le doigt explorateur, est petite et ne ballote pas. Et cependant, le ventre est volumineux. Ces signes appellent immédiatement l'attention sur la possibilité de la présence de deux œufs.

Enfin, il ne répugne pas à l'esprit de penser que dans des cas de grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des œufs, peut-être pourrait-on constater de la fluctuation dans l'œuf hydropique, tandis que cette fluctuation n'existerait pas dans l'autre, ou y serait extrêmement faible. C'est une simple hypothèse que je ne puis appuyer d'aucune observation.

2° La mort prématurée de l'un des jumeaux peut aider au diagnostic d'avortement gémellaire.

Dans les grossesses simples, lorsque le fœtus succombe dans la cavité utérine, sa mort est suivie de phénomènes qui ne laissent aucun doute sur son sort : les varices s'affaissent, il y a du côté des seins une montée de lait ; et s'il y avait des nausées, des vomissements, ou autres accidents qui accompagnent d'ordinaire la grossesse, ces accidents disparaissent.

Les mêmes phénomènes peuvent se produire dans la grossesse gémellaire. Lorsqu'un des enfants a cessé de vivre, on a vu survenir l'affaissement des varices, une montée de lait, etc., comme si chacun des produits de la conception formait une grossesse indépendante.

Or, si après la constatation de ces symptômes, le médecin entend dans la cavité utérine les bruits du cœur d'un fœtus, il est en droit de soupçonner, sinon d'affirmer, la présence de deux jumeaux, l'un mort, l'autre vivant.

Le Dr Rivière, chef de clinique à Bordeaux, en a rapporté deux observations très concluantes :

OBSERVATION VII

Grossesse gémellaire. — Chute de la mère. — Mort de l'un des fœtus. — Montée de lait. — Accouchement prématuré deux mois après, d'un fœtus vivant et d'un fœtus mort et macéré.

S... M..., 37 ans, journalière, a toujours eu une excellente santé. Une première grossesse en 1873 a été normale ; l'enfant est aujourd'hui vivant et bien portant. La deuxième grossesse ne

date que de 1883 ; elle a été semblable à la première ; l'enfant se porte bien. Enceinte actuellement pour la troisième fois ; elle a eu ses dernières règles le 25 janvier 1885.

Sa grossesse s'est fort bien passée jusqu'au commencement du mois de juillet. Mais à cette époque, fin du cinquième mois, une chute du haut d'une échelle sur le dos l'oblige à garder le lit pendant 8 jours ; car elle éprouve de violentes douleurs lombaires et abdominales qui l'empêchent de faire aucun mouvement. Elle remarqua aussi que deux ou trois jours après sa chute ses seins avaient gonflé, laissant échapper spontanément et par intervalle, un liquide clair assez abondant, lactescent ; c'était, nous dit-elle, une véritable montée de lait. Il n'y eut d'hémorrhagie ni au moment de la chute ni dans les jours qui suivirent ; il ne s'écoula pas non plus de liquide amniotique.

Depuis cet accident, M... S..., tout en reprenant ses occupations habituelles, continue à souffrir du ventre et des reins, au point de ne pouvoir se livrer à aucun travail pénible. Les membres inférieurs, surtout à gauche, sont œdématiés ; l'état général lui-même est en souffrance. Une perte complète d'appétit, une diarrhée persistante, contribuent à affaiblir la malade. Les mouvements actifs du fœtus sont néanmoins nettement perçus.

Le 25 août, apparaissent des contractions utérines, qui continuent les jours suivants, en augmentant de fréquence et d'intensité, et engagent la malade à entrer le 27 à la clinique obstétricale.

A ce moment l'examen donne les renseignements suivants : Le ventre est très volumineux et l'utérus remonte jusqu'à l'apophyse xyphoïde ; il n'y a pas d'œdème sus-pubien. Au palper, on trouve une tête engagée, le front à droite, l'occiput à gauche et en avant : l'épaule droite est au niveau de la symphyse pubienne ; on ne peut définir exactement la situation du dos. OIGA.

Le maximum des bruits du cœur est perçu à gauche, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure ; ces

bruits masqués du reste par un souffle utérin intense sont assez faibles.

Les grandes lèvres, surtout à gauche, sont le siège de varices volumineuses. Le travail est franchement commencé, et déjà la dilatation du col est permise : la tête est engagée dans l'excavation en OIGA.

A 5 heures et demie, la dilatation étant complète, on rompt doucement la poche des eaux, qui très distendue, laisse échapper une grande quantité de liquide amniotique, de couleur verdâtre.

La tête descend rapidement, et à 6 heures est expulsé spontanément un fœtus vivant âgé de 7 mois, du sexe masculin, et pesant 2 kilogrammes.

Mais le ventre reste volumineux ; l'utérus renferme encore une masse dont il n'est pas possible au palper de définir la nature. A travers le col dilaté, on sent du reste une poche des eaux volumineuse, et quand on la déprime on arrive sans peine sur un siège et ses petites extrémités.

Les contractions utérines persistent ; l'œuf semble glisser entier dans l'orifice utérin. On se garde en conséquence de rompre les membranes, et moins de demi-heure après la naissance du fœtus, on voit sortir de la vulve un œuf intact renfermant un fœtus mort.

Cet œuf long de 15 centimètres dans son grand axe, est rempli d'un liquide amniotique très légèrement teinté en rouge. Le placenta est profondément dégénéré.

Le fœtus qui flotte dans l'œuf paraît âgé de 5 mois. Il mesure à peu près 23 à 24 centimètres. Complètement ramolli par la macération, il s'étale sur la table et semble transformé en une masse gélatineuse sans consistance. Les tissus sont infiltrés : la peau de couleur rougeâtre est dépouillée de son épiderme ; la tête est déformée et les os en sont disjoints.

Le ventre est aplati et élargi, la voussure thoracique est à

peine formée. Les viscères ne sont plus reconnaissables, et le cerveau est réduit à l'état de boue semi-liquide.

La mort de ce fœtus date de longtemps, et remonte sans aucun doute à la chute faite 2 mois auparavant par la mère.

Un quart d'heure après a lieu l'expulsion spontanée du placenta du premier œuf. Ce placenta est d'un volume plus que normal ; sa texture est altérée : il présente en divers points des plaques très nettes de dégénérescence graisseuse. L'orifice de sortie du fœtus est situé assez loin du placenta, qui devait être inséré vers le fond de l'utérus.

Le fœtus vivant meurt le lendemain.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII

Grossesse gémellaire. — Chute de la mère. — Mort de l'un des fœtus. — Montée de lait. — Accouchement prématuré 3 semaines plus tard d'un fœtus vivant et d'un fœtus mort et macéré (Rivière).

M... Antoinette, 23 ans, journalière ; d'une bonne santé habituelle, a eu il y a 7 ans une première grossesse terminée normalement à 9 mois, par la naissance d'un enfant du sexe masculin qui vit encore. Elle est actuellement enceinte pour la seconde fois ; mais mal réglée, elle ne peut exactement déterminer l'époque du début de sa grossesse ; elle fait cependant remonter celle-ci au milieu du mois d'octobre 1885. Sa grossesse n'a du reste rien présenté de particulier, si ce n'est toutefois le volume du ventre qui lui paraissait exagéré étant donnée l'époque probable de la fécondation.

Vers la fin du mois de mai 1886, M... A... tombe dans les escaliers. Sa chute assez violente est le lendemain suivie d'une montée de lait très caractérisée. Cet accident ne s'accompagne

d'aucune autre complication. Mais à partir de ce moment, le ventre au dire de la femme semble augmenter moins vite de volume que précédemment. Trois semaines après, le 14 juin, sans nouvelle cause occasionnelle, M... entre en travail ; elle est admise dans la soirée à la clinique obstétricale.

Examen à l'entrée. — L'utérus remonte à hauteur de l'appendice xyphoïde. La consistance de son contenu est bizarre : l'excavation n'est pas vide, mais la tumeur qui la remplit est mollassse, sans cependant donner la sensation d'un siège ; du reste, immédiatement au-dessus du détroit supérieur, mais dejetée vers la fosse iliaque droite, on trouve une tête, l'occiput dirigé du même côté ; le dos regarde en arrière, et l'épaule gauche est à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, O. I. D. P.

On entend les bruits du cœur à droite de la ligne médiane, à hauteur de l'ombilic. La moitié gauche de l'utérus est remplie par une masse sans consistance, dont il est impossible de dessiner les contours et au niveau de laquelle on ne perçoit aucun bruit cardiaque.

Le travail est franchement déclaré : la poche des eaux déjà légèrement allongée en boudin, fait saillie à travers un orifice dont la dilatation mesure 5 centimètres. Dans l'intervalle des contractions, on sent une tête fœtale, mollassse, dont les os chevauchent les uns sur les autres, ce qui permet de penser que le fœtus en présentation est mort et macéré. La poche ne tarde pas à se rompre et avant que la dilation soit complète, le col livre passage en O. I. G. A. à un fœtus du sexe féminin de 7 mois environ, mort et macéré depuis 15 jours.

Aussitôt après son expulsion, une seconde poche vient bomber à l'orifice du col ; la dilatation se complète rapidement, et bientôt est expulsé un fœtus du sexe féminin, vivant du poids de 1800 grammes en O. I. D. P.

Cet enfant succombe le lendemain. Suite de couches normales.

OBSERVATION IX

Observation rapportée par M. Demelin.

Grossesse gémellaire. — Chute. — Hydrorrhée déciduale. — Mort d'un des fœtus. — Affaïssement des varices. — Montée de lait. Avortement à 4 mois. — Expulsion d'un jumeau vivant et d'un jumeau macéré. — Délivrance spontanée au bout de 5 heures. — Rétention des membranes sans accidents.

La nommée Bo... Amélie, âgée de 32 ans, entre le 29 janvier 1887, dans le service d'accouchement de la Pitié. Elle est enceinte pour la sixième fois. Ses dernières règles ont eu lieu du 8 au 11 octobre 1886. Dès le début de sa grossesse, cette femme a eu des nausées, des vomissements; puis des varices se sont montrées aux jambes, et lui ont donné la certitude qu'elle était enceinte, ces varices se produisant ainsi à chacune de ses grossesses.

Vers la fin du troisième mois, à la suite d'une chute, elle s'est mise à perdre de l'eau, mais d'une façon intermittente, par flots successifs se renouvelant tous les jours, et précédés de petites coliques utérines. C'est la persistance de cet état qui l'amène à l'hôpital.

On apprend alors que depuis le jour de l'accident les varices des jambes se sont notablement affaïssées, et qu'une légère montée laiteuse s'est produite dans les seins. A l'examen direct, on trouve le ventre augmenté de volume, peu douloureux. L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et présente ainsi des dimensions exagérées par rapport à l'âge de la grossesse, calculé d'après la dernière époque menstruelle. Par le palper, on ne distingue nettement aucune partie fœtale. L'auscultation ne permet pas d'entendre les battements du cœur. Quant à l'écoulement aqueux, son étude clinique attentive a démontré

qu'il s'agissait d'une hydrorrhée déciduale, et non d'une rupture prématurée des membranes.

Le repos et les lavements laudanisés ayant calmé les douleurs, le 7 février, la femme B..., exige son exeat; mais elle revient le 11 ayant perdu du sang et de l'eau, et souffrant de coliques utérines. On la soumet au même traitement. Le 13 février, en l'examinant, on entend pour la première fois et très nettement les bruits du cœur fœtal sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic.

En présence du volume exagéré de l'utérus, et des symptômes contradictoires recueillis par l'examen : disparition des varices, montée laiteuse qui d'une part, font penser à la mort du fœtus, perception évidente des battements du cœur d'autre part, M. Maygrier émet l'idée de grossesse double avec mort d'un des jumeaux.

Les jours suivants les pertes et les douleurs continuent, et l'avortement a lieu le 16 février. La femme expulse un petit fœtus qui se présente par le siège : c'est un garçon qui vit ; il fait quelques inspirations puis meurt rapidement ; son poids est de 80 grammes, sa longueur de 22 centimètres.

Immédiatement après la sortie de ce fœtus, un autre siège apparaît à la vulve, et un jumeau mort et macéré est expulsé ; il pèse 60 grammes et mesure 20 centimètres de long. La macération paraît remonter à une quinzaine de jours. Cinq heures après le placenta se présente spontanément à la vulve ; c'est une masse unique pesant 155 grammes. Les membranes se sont déchirées, et elles ont séjourné dans l'utérus pendant quelques jours sans déterminer d'accidents, grâce à une antisepsie rigoureuse. Suites de couches normales.

Ces faits ne sont pas nouveaux. Peu, en 1694. *Pratique des accouchements* écrivait : « les signes de l'avortement à venir

sont plusieurs et se tirent des mamellès, du ventre et de ce qui est renfermé dans la matrice. Des māmelles qui se flétrissent et de dures, fermes et tendues, deviennent mollasses et quelquefois douloureuses ; ce qui en sort n'est plus aussi qu'une sérosité roussâtre. Si la femme est grosse de deux enfants, et que ces choses arrivent à une de ses mamelles seulement, l'un de ses enfants avortera, dit Hippocrate, et c'est ce que j'ai trouvé vrai par expérience. »

Si Pen, s'en était rapporté davantage à son expérience et moins à Hippocrate, il aurait probablement signalé des modifications dans les deux seins. Aujourd'hui, on a moins le respect des anciens.

2° *Diagnostic de l'avortement gémellaire pendant le travail.*

Pendant le travail, le diagnostic est plus facile, quoique le plus souvent il ne soit pas fait. Comme avant le travail diverses circonstances peuvent venir en aide à l'accoucheur.

Depaul touche une femme en travail ; il sent une poche des eaux dans laquelle flotte un cordon non animé de battements, Rupture des membranes ; le liquide amniotique s'écoule. Il retouche et est très étonné de sentir bomber, intacte, la poche des eaux, toujours avec le cordon. Nouvelle rupture des membranes, nouvel écoulement de liquide amniotique. L'auteur ne se rendit compte de ce qui s'était passé qu'après l'expulsion de deux jumeaux, l'un vivant, dont il avait rompu la poche la première ; l'autre mort dont la poche contenait le cordon inanimé.

Dans ce cas, il y avait donc deux poches engagées en même temps dans l'orifice utérin.

Depaul croyait être le premier à avoir signalé cette disposition (article *Accouchement* du *Dictionnaire des sciences médicales*, tome I, page 367) : « Il est une autre forme de poche à laquelle j'ai donné le nom de poche double et qui peut servir à établir le diagnostic de grossesse gémellaire. La première fois que je l'ai rencontrée, c'était en 1839, pendant mon internat à la Maternité. Je fus vivement intrigué par une disposition que je n'avais trouvée signalée nulle part : et ce ne fut qu'après la naissance des deux enfants que j'en compris l'importance. »

Mais Dugès déjà en avait parlé (*Mémoire sur les accouchements multipares ou gémellaires. In revue médicale*, 1826, T. 1, p. 391) : « Mais le signe le plus certain, le moins équivoque, c'est la présence d'une double poche membraneuse à l'orifice utérin. Cette particularité a été plusieurs fois observée par M^{me} Lachapelle, et je l'ai rencontrée après elle, ainsi que plusieurs autres praticiens. De ces deux poches, l'une plus arrondie, contient une partie quelconque d'un fœtus ; l'autre aplatie, courbée en ménisque, ne contient le plus souvent que de l'eau. »

Cette disposition des œufs est relativement fréquente. En voici quelques cas.

OBSERVATION X

Avortement à 5 mois 3 semaines. Poche d'eaux bilobée (Obs. prise à la Maternité).

G..., entrée à la maternité le 17 août 1890, à 5 h. 30 minutes du soir. Primipare âgée de 30 ans, bien portante ; réglée

depuis l'âge de 17 ans, pendant 3 jours peu abondamment. Les dernières règles datent du 12 au 15 février 1890. La grossesse arrivée au terme de cinq mois trois semaines, a été accompagnée de nausées et de vomissements. A l'examen obstétrical, on constate que le développement de l'utérus n'est pas en rapport avec les dernières règles. Il est développé comme pour une grossesse de 8 mois ; on trouve beaucoup de petites extrémités ; on sent à la région ombilicale un ballonnement céphalique très net. L'auscultation n'a été pratiquée qu'incomplètement, l'accouchement étant près de se terminer. La dilatation était complète, on trouvait séparées par un sillon deux poches d'eau. L'une pouvait être explorée dans une grande étendue et appartenait au premier fœtus, l'autre était sentie derrière le pubis. Un petit sommet malléable se présentait. On rompit les membranes à 6 heures du soir. Quelques minutes après, naissait un premier fœtus du poids de 1030 grammes. Quelques minutes plus tard, la seconde poche d'eaux se rompit spontanément et le deuxième jumeau naquit vivant, du poids de 950 grammes.

Délivrance naturelle et complète 15 minutes après l'accouchement. Le placenta est unique à la face interne, séparé à la face fœtale par une cloison membraneuse, formée de 4 membranes, 2 chorions, 2 amnios.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI

Observation prise par M^{lle} Chambron, aide sage-femme à la Maternité.

Hémorrhagie mixte avant l'accouchement. — Avortement gémellaire à cinq mois, trois semaines. — Deux poches d'eau. — Albuminurique.

La nommée G..., multipare, âgée de 33 ans, a été amenée en

brancard à la Maternité, le 17 janvier 1891, à 6 heures du soir.

Cette femme est à sa onzième grossesse ; les neuf premières se sont terminées à terme ; les enfants sont nés vivants ; ils étaient tous du même père. Les deux dernières grossesses sont du second mari. La première s'est terminée à 5 mois $1/2$; elle nous dit que la cause est une chute faite un mois auparavant. Cette femme est bien constituée ; depuis l'âge de 17 ans, elle est régulièrement menstruée pendant quatre jours, abondamment. A son arrivée, nous la trouvons pâle ; les lèvres sont un peu décolorées, le pouls irrégulier ; elle nous dit que depuis midi elle perd du sang en assez grande quantité. D'après sa dernière époque de règles qui date du 10 au 14 juillet elle serait grosse de cinq mois trois semaines.

A l'examen obstétrical, on trouve l'utérus beaucoup plus développé qu'il ne doit l'être pour le terme de la grossesse indiqué par ses règles.

On obtient un peu de fluctuation ; les parties fœtales sont difficilement perçues, l'utérus se contractant très souvent ; la paroi abdominale présente de l'œdème. Les battements du cœur du fœtus sont sourds.

L'orifice utérin est dilaté comme une pièce de 1 franc, il est épais et un peu rigide ; les membranes sont entières et minces ; on sent le gril intercostal à droite et une petite tête qui ballotte à gauche.

Plusieurs injections portées à la température de 48° sont faites, mais à chaque contraction il se produit un écoulement sanguin assez abondant. M^{me} Henry prévenue fit rompre la poche de l'eau. Aussitôt la rupture opérée, il s'écoula environ 500 grammes de liquide, la tête s'abaissa et en même temps on sentit à gauche une autre poche d'eau s'engageant en même temps que la tête. Le diagnostic de jumeaux fut établi. La dilatation se compléta rapidement, et à 7 heures du soir, naissait le premier jumeau,

du sexe masculin, du poids de 600 grammes, ayant présenté le sommet en O.I.D.A. La dilatation resta complète. Après quelques contractions, la poche de l'eau fut rompue. Le second jumeau se présentait par le siège décomplété mode des fesses, en SGA. Son expulsion se fit rapidement. Il était du sexe masculin et pesait 650 grammes.

Aussitôt après, il s'échappa quelques gros caillots noirâtres et la délivrance se fit sous l'influence d'un effort fait par la femme.

Le placenta est unique à la face utérine, séparé à sa face fœtale par un pont membraneux circonscrivant deux loges. La face utérine présente une dépression ayant les dimensions d'une petite paume de main, et à la circonférence, une hauteur de 1 centimètre $1/2$, cette partie a été déprimée par des caillots qui ont été recueillis et qui pèsent 350 grammes.

La dégénérescence graisseuse a aussi envahi une partie du placenta. Après une injection vaginale, l'aide de service fit à cette femme une injection intra-utérine au bichlorure de mercure à 1 pour 4000, et portée à la température de 48° . Cette femme fut surveillée attentivement pendant quelques heures ; à plusieurs reprises, elle eut un état syncopal qui cessa très vite. Elle ne perdait pas. L'examen de l'urine ne fut fait que le lendemain : elle contenait une quantité notable d'albumine.

La femme fut soumise au régime lacté absolue. Elle partit guérie.

OBSERVATION XII

Pinzani, *In rivista clinica*, août 1885, rapporte un cas où il sentit deux poches d'eau ; une siégeait en arrière très profondément ; l'autre en avant avec une tête encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Il y avait un sillon entre les deux poches. Ce

fut la poche postérieure qui se rompit la première ; cependant, le fœtus antérieur sortit le premier.

Deux placentas complètement séparés.

OBSERVATION XIII

Observation empruntée à MM. Maygrier et Demelin.

Avortement gémellaire à 5 mois 1/2. — Hydramnios. — Deux poches des eaux faisant à la fois saillie dans le vagin à travers l'orifice. — Délivrance spontanée presque immédiate.

La nommée R..., âgée de 25 ans, entre le 2 juillet 1887 à l'hôpital de la Pitié. Tertipare, de bonne constitution, pas de syphilis. Vers 4 mois 1/2, le ventre augmente rapidement de volume, survient bientôt de l'œdème malléolaire et même de la gêne respiratoire. Le travail de l'avortement se déclare, et la femme entre dans le service. Pas d'albumine dans les urines.

L'utérus est trop volumineux pour l'époque présumée de la grossesse. Fluctuation intra-utérine très manifeste, pas de parties fœtales accessibles. A l'auscultation, on n'entend qu'un centre de battements cardiaques fœtaux très éloignés et très sourds.

Au toucher, on trouve la dilatation presque complète ; un petit sommet se présente derrière une poche des eaux plate. De plus une seconde poche des eaux, peu tendue, fait saillie à côté de la première, et dans cette poche existe un second sommet. On diagnostique la présence de deux jumeaux.

La période d'expulsion dure une heure pour le premier fœtus, qui naît mort, et probablement depuis peu. La seconde poche des eaux bombe alors très fortement. On la rompt et on recueille environ 6 litres de liquide amniotique. La dyspnée diminue aussitôt. Peu de temps après la naissance du premier fœtus le second est expulsé.

La délivrance se fait naturellement un quart d'heure après.

Les deux enfants mort-nés sont du sexe féminin ; le premier pèse 560 grammes, le deuxième 645. Le premier mesure 31 centimètres de long, le deuxième 23 centimètres. Le délivre pèse 500 grammes. Le placenta est unique, il y a un seul chorion et deux amnios.

Suites de couches normales.

Quelquefois, on ne sent au toucher qu'une poche des eaux. La dilatation se complète, on rompt les membranes, et en même temps que la partie fœtale descend, une seconde poche s'engage dans l'orifice utérin. J'en ai cité un exemple dans l'observation que m'a communiquée Mlle Chambron.

Le sillon qui sépare les deux poches peut être dirigé d'avant en arrière ou transversalement suivant que les deux œufs sont placés l'un au devant de l'autre ou à côté l'un de l'autre.

D'autres fois, il n'y a qu'une seule poche d'eaux à travers laquelle le doigt sent de petites parties fœtales qui ballottent difficilement, quoique le ventre soit volumineux. On peut dans ce cas avoir de fortes présomptions pour l'existence de deux œufs dont l'un, le supérieur, contiendrait beaucoup plus de liquide que l'autre (obs. de M. Budin).

C'est aussi par ce moyen que le diagnostic a été fait dans l'observation suivante, qui manque cependant de détails précis.

OBSERVATION XIV

Avortement gémellaire à 4 mois. Premier jumeau : évolution spontanée. 2^e jumeau, sommet. Hémorrhagie avant et pendant la délivrance, 750 grammes de sang pesé. (Maternité).

La nommée M..., secondipare, 25 ans, arrivée en brancard, le 30 août 1890, à 9 heures 30 minutes du soir. Elle est accouchée

une première fois spontanément d'un enfant vivant à terme. Bonne constitution. Fut réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et depuis, régulièrement pendant 4 à 5 jours, peu abondamment. Les dernières règles datent du 15 au 20 mai 1890. La grossesse semble donc arrivée au terme de 5 mois. Cette femme n'a éprouvé aucun malaise ; elle dit avoir perdu de l'eau très souvent. Au palper, on sent un utérus beaucoup plus développé qu'il devrait l'être pour l'âge de la grossesse indiqué par ses règles. L'auscultation n'a pas été pratiquée. Au toucher, on trouve la dilatation complète, la poche d'eau intacte. On explore tout le plan latéral du fœtus. Le diagnostic de grossesse gémellaire fut fait à ce moment, étant donné le développement de l'utérus et la petitesse des parties fœtales.

Vingt minutes après l'entrée de cette femme dans la maison, le premier jumeau naissait par évolution spontanée. Il était du sexe masculin et pesait 800 grammes. La dilatation resta complète ; on rompit la poche des eaux, et quelques minutes après, le deuxième jumeau naissait en présentation du sommet. C'était un garçon du poids de 750 grammes. Ils moururent tous les deux après quelques inspirations.

La délivrance se fit spontanément 10 minutes après l'accouchement.

Elle fut accompagnée et suivie d'une hémorrhagie très abondante. Le sang recueilli et pesé, fut de 750 grammes, une assez grande quantité avait mouillé les linges, l'état de la femme n'a pas été inquiétant.

L'aide de service fit à cette femme une injection vaginale ; des injections utérines avec la solution de sublimé à 1 pour 2.000 et au permanganate de potasse, à la température de 48°.

Les suites de couches furent compliquées de douleurs abdominales et d'élévation de température.

Cette femme partit en bon état.

Un utérus distendu par une grande quantité de liquide amniotique et un fœtus petit que l'on ne peut faire balloter doivent donc faire songer à une grossesse gémellaire. Mais l'inverse ne prouve pas qu'il n'y a pas deux jumeaux dans l'utérus. Desormeaux cite un cas de grossesse gémellaire où le ballottement était très facile et où le palper ne faisait sentir qu'un enfant.

Il peut arriver que le doigt explorateur, arrivant sur la partie fœtale, éprouve la sensation d'un fœtus mort et macéré, alors que l'auscultation fait entendre des bruits cardiaques fœtaux dans la cavité utérine. Schröder dit à ce sujet : « Il est très rare ce qui est arrivé à Spæth, de pouvoir affirmer son diagnostic, par ce fait que, au toucher, on trouve des os mobiles, c'est-à-dire un enfant mort, et des battements du cœur à l'auscultation, c'est-à-dire un enfant vivant, ou que l'on constate la présence de deux poches d'eau. »

Que le premier cas soit rare, je ne le conteste pas. Quant au second, deux poches d'eau à l'orifice utérin, nous venons de voir qu'il est beaucoup plus fréquent que ne le croit Schröder.

Mac Clintock pense (1876) qu'il est rare qu'on puisse avant le début du travail, faire le diagnostic de grossesse gémellaire, avec certitude. Il dit qu'on peut penser à une grossesse gémellaire, quand les membranes étant rompues, on entend les bruits du cœur d'un fœtus contenu dans la cavité utérine, et qu'on trouve d'autre part dans le vagin : un cordon non animé de battements ; ou bien un membre macéré ; ou un cuir chevelu détaché du crâne.

Il est bien évident que si la première condition existe, la présence de deux jumeaux est certaine. Pour les deux

autres, il y aurait peut être lieu de faire quelques réserves. Baudelocque (*Art. des acc.*, 1796. T. II, pag. 340, en note), a constaté pendant un accouchement, l'issue par la matrice de liquide et de gaz fétides, dus à une eschare gangréneuse que le fœtus vivant avait au sommet de la tête.

Le Dr Schull (*Arch. de Tocolog.*, mars 1891), cite deux observations de putréfaction intra-utérine pendant la vie du fœtus. Il est vrai que cette putréfaction était due à des caillots sanguins en voie de décomposition et que l'on trouva sur le placenta, près de la rupture des membranes. Ces cas ne contredisent pas absolument les idées de Mac Clintock qui ne s'appuie que sur les symptômes de la macération et non sur ceux de la putréfaction. Mais je devais les signaler, pour que, des signes de la putréfaction, on ne conclue pas fatalement à la mort d'un des enfants.

Mais la macération elle-même chez le fœtus vivant, n'est pas un fait des plus extraordinaires : M. Ribemont en a publié cinq observations dans les *Annales de Gynécologie* (Juillet 1889), et le Dr Schull (*in Revue médicale de l'Est*, 1^{er} avril 1892) a récemment rapporté l'observation d'un enfant né à terme et vivant dont les membres étaient macérés, ainsi que certains points de la paroi abominale.

On peut donc avoir un membre macéré à la vulve et des bruits fœtaux dans l'utérus, alors qu'il n'y a qu'un seul fœtus dans la cavité utérine.

Dans des accouchements gémellaires, on a constaté la présence de 3 pieds (Amand). Le même fait pourrait se produire dans le cas d'avortement.

Ramsbotham ayant trouvé un jour à la vulve, un pied droit et un pied gauche, pensa qu'ils n'appartenaient pas

au même fœtus, parce que les orteils étaient dirigés en sens inverse.

Enfin, dans une brochure ayant pour titre : *Contributo alla diagnosi della gravidanza doppia* (Modena 1887), le Dr Guzzoni degli Ancarani rapporte une observation bien intéressante au point de vue qui nous occupe. Une femme accouche à la clinique obstétricale ; on n'avait pas de signes certains, mais seulement douteux de grossesse gémellaire. La première poche étant rompue, une certaine quantité de liquide amniotique s'écoule. On répète la palpation, et on trouve dans la moitié latérale gauche de l'abdomen, et en haut, une fluctuation très nette et bien circonscrite. Guzzoni en conclut à l'existence de deux œufs. On peut lui objecter que, dans les présentations du sommet, une fois les membranes rompues, il peut rester du liquide dans l'utérus. Cette objection aurait d'autant plus de valeur que dans l'observation de l'accoucheur italien il s'agissait d'un accouchement. Mais l'argument perdrait toute sa valeur au cas où il s'agirait d'un avortement, car alors, la partie fœtale qui se présente offre un trop petit volume ; elle ne peut faire tampon, et empêcher le liquide amniotique de s'écouler complètement.

Ce signe aurait donc une réelle importance dans un cas d'avortement. On conçoit même qu'il soit facile à constater quand les œufs affectent la disposition signalée par MM. Budin et Trachet.

Diagnostic après l'expulsion d'un fœtus.

Quand le diagnostic n'a pas été fait, et qu'un premier jumeau a été expulsé, avec son placenta ou non, on est de suite frappé par le volume que conserve l'utérus. Alors le médecin ou la sage-femme touchent de nouveau la parturiente, et sentent une deuxième poche des eaux qui bombe à l'orifice utérin. C'est ainsi que le diagnostic a été fait le plus souvent. Quelquefois même, c'est tout à fait par hasard que l'opérateur s'est aperçu qu'il existait une seconde poche. Ordinairement c'est en pratiquant le toucher ou en introduisant une canule pour faire une injection, que l'assistant découvre la présence d'un second œuf.

OBSERVATION XV

Observation de la Maternité : Avortement gémellaire. Siège. Volume de l'utérus après l'expulsion d'un premier enfant. Placentas complètement séparés.

S..., multipare, arrivée à la maternité le 10 avril 1892, à 2 heures du soir ayant un début de travail. L'orifice utérin était souple et épais.

Les membranes rompues. On trouva un pied dans le vagin. Les battements du cœur ne furent pas entendus ; mais le souffle utérin s'entendait à gauche. Les contractions étaient fortes et rapprochées.

Elle a commencé à souffrir le 5 avril, à 3 heures du soir ; et depuis trois semaines elle perdait un peu de sang. A 3 heures et demie du soir, le 10 avril, l'expulsion d'un enfant eut lieu : son

petit volume relativement à celui que gardait l'utérus, fit penser qu'il y avait un deuxième jumeau.

En effet, à l'examen, on trouva une deuxième poche qui se rompit spontanément et à 4 heures du soir, l'expulsion du deuxième jumeau eut lieu. Les deux enfants sont nés morts du terme de 4 mois. Le premier pèse 235 grammes le deuxième 233 grammes. La délivrance fut naturelle. Cette femme ne perdit pas. Les deux masses placentaires sont séparées complètement. Le placenta du premier pèse 125 grammes et le cordon mesure 35 centimètres. Le placenta du deuxième pèse 64 grammes. Son cordon mesure 31 centimètres.

Suites de couches naturelles.

Si les fœtus se suivent, ou même sont expulsés tous les deux ensemble, le diagnostic est tout fait. Mais il est des cas où le deuxième enfant reste dans la cavité utérine, et n'est expulsé que dans les jours qui suivent. Ceci arrive lorsque la grossesse est moins avancée; le volume du ventre après le travail n'attire pas l'attention; s'il paraît un peu gros, on attribue cela au placenta qui n'a pas été expulsé; par précaution on n'a pas retouché la femme, etc.; et le lendemain ou le surlendemain, quelquefois plus tard, l'accouchée vous appelle pour vous montrer quelque chose qui pend entre ses jambes: on regarde, et on trouve un fœtus.

Enfin, comme nous l'avons dit, ce deuxième fœtus peut rester dans la cavité utérine, pour n'être expulsé que plus tard. Le diagnostic n'a pas été fait.

Je vais rapporter des observations où le diagnostic ne pouvait être fait que les pièces en main.

OBSERVATION XVI

Obs. de St. Warren, *Amer. Jour. of Obst.*, mai 1887.

L'auteur assistait une femme de 35 ans à sa huitième couche ; il arriva au moment de l'expulsion du placenta, qui eut lieu en masse, et constata que le délivre parfaitement normal est accolé par une bride fibreuse à un corps aplati, présentant l'aspect d'un placenta dégénéré. Il apprend que la femme a eu au troisième mois de sa grossesse une perte très abondante qui s'est prolongée pendant près d'un mois.

L'examen microscopique du placenta atrophié n'a pas été fait ; mais les circonstances cliniques tendent à établir qu'il s'agissait bien là d'une grossesse gémellaire ; que l'un des jumeaux avait été expulsé vers la fin du troisième mois ; mais que son placenta était resté dans l'utérus et que la grossesse avait continué jusqu'à son terme normal.

Cette observation prouve aussi que l'expulsion d'un fœtus dans les premiers mois de la grossesse peut passer inaperçu, et que la présence dans l'utérus du placenta de l'œuf avorté n'empêche pas l'autre œuf de se développer.

OBSERVATION XVII

Obs. d'œuf secondaire, par Gauthier. *Rev. Méd. Suiss., Rom.*
août 1888.

Premier cas. — Femme de 28 ans, secondipare, au troisième mois de sa grossesse ; elle offre tous les symptômes préliminaires d'un avortement. Néanmoins, la grossesse arrive à terme, et la femme accouche d'un enfant vivant. Le huitième jour des cou-

ches elle expulse l'œuf secondaire sous forme de môle charnue. Cette femme a eu un troisième enfant deux ans plus tard.

OBSERVATION XVIII

Deuxième cas. — Femme de 40 ans, V pare. Pas de malaises notables avant le neuvième mois de sa grossesse, où apparurent des troubles gastriques : nausées, vomissements, éructations. Toutefois, à la fin du troisième mois, à la suite d'une vive émotion, elle avait éprouvé une sensation de malaise indéfinissable avec tendance à la syncope, et le lendemain ses traits étaient encore altérés. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant, un quart d'heure après la rupture des membranes. Mais demi-heure après la délivrance, elle perdit encore des eaux et les tranchées utérines durèrent quatre jours, et le cinquième la femme expulsa une poche membraneuse. Rétablissement parfait.

Erreurs de diagnostic.

Non seulement le diagnostic de l'avortement gémellaire est entouré de difficultés ; mais il peut même parfois donner lieu à des erreurs. Ces erreurs sont dues généralement à des malformations ou à des altérations considérables du fœtus. Ainsi, on a pris les tissus altérés de l'enfant pour le placenta, pour un polype, comme dans les observations suivantes. Mais ces erreurs n'ont pas été de longue durée.

OBSERVATION XIX

Observation due à l'obligeance de M. Bar.

S... H..., 27 ans, cannière. Premier accouchement par le for-
Merle

ceps, il y a trente mois. Réglée à 14 ans, régulièrement, pendant quatre à cinq jours.

Antécédents héréditaires. — Père a 60 ans; très bien portant. Sa mère a 55 ans; bien portante; a eu dix enfants, une grossesse gémellaire. Pas d'autre grossesse gémellaire dans les antécédents.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais eu de maladie. Première grossesse il y a trente mois; accouchement à terme par le forceps; le travail avait duré toute une journée. L'enfant est une fille aujourd'hui vivante et bien portante. Les règles sont revenues régulièrement.

Le 15 août dernier, les règles apparaissent pour la dernière fois. Elles sont supprimées pendant les mois de septembre et d'octobre. En novembre, vers le 11, perte de sang qui a duré huit jours. En décembre, nouvelle perte de sang, vers le 5 ou le 6, perte qui dure jusqu'à l'entrée de la malade dans le service. Là malade portait du lait; montait des étages, et, faisait ses courses dans une voiture assez élevée. Les deux pertes qu'elle a eu se seraient produites en descendant de voiture.

Le 25 décembre — Elle entre dans notre service pour la perte de sang qu'elle a depuis 3 semaines.

L'utérus est assez volumineux; le col mou, non complètement effacé, perméable. Par la palpation, on trouve au côté gauche de l'utérus une masse assez dure, résistante, qui paraît surajoutée. On pense un instant à la présence en cet endroit d'un rein déplacé.

26 décembre. — La malade perd un peu de sang, ou plutôt une sorte de sérosité roussâtre à odeur fétide. L'orifice interne est encore fermé; on fait des irrigations intra-cervicales.

27 décembre. — Les choses sont dans le même état. Liquid toujours très fétide. Le soir, temp. 38°; pouls 128°.

28 décembre. — T. 38°, 3; pouls 128°. Au toucher, on sent que le col est plus dilaté que les jours précédents, comme 5 francs

environ, et dilatable; on sent pendre dans le vagin, hors du col, un petit membre.

La malade est mise dans la position obstétricale, l'utérus est abaissé. Le petit membre procident est reconnu pour un bras. Macération et putréfaction avancée; le bras cède à une très légère traction. Nous touchons à nouveau, et le doigt tombe dans une sorte de bouillie, de fragments de substance cérébrale, coulant à la vulve; le doigt sent les os du crâne qui chevauchent et retire un des pariétaux sans difficultés.

Nous tentons à plusieurs reprises d'extraire le fœtus; avec une pince à pansement on saisit enfin la tête; des tractions sont exercées qui amènent l'expulsion d'un fœtus macéré, du poids de 170 grammes et de 26 centimètres de longueur.

Il s'écoula après une notable proportion de liquide roussâtre à odeur extrêmement fétide.

Nous introduisons la sonde à double courant pour faire une grande injection intra-utérine. Après qu'il s'est écoulé une certaine quantité de liquide, un corps blanchâtre s'engage dans le col et apparaît sur la sonde. Nous retirons cette dernière, et nous nous mettons à même de tirer sur ce corps que nous prenons pour le placenta, mais nous reconnaissons de suite un deuxième fœtus s'engageant par le siège, et dont les membranes sont repliées sur le tronc. Ce deuxième fœtus également très macéré est extrait sans difficulté.

Ce qui frappe d'abord, c'est la différence de volume entre les deux fœtus. Le second pèse 50 grammes et mesure 14 centimètres de long.

On fait une nouvelle injection intra-utérine; les deux placentas tombent sur l'orifice interne; on les retire à l'aide d'une pince.

A la suite, il sort du corps de l'utérus des gaz à odeur infecte. Nous faisons une grande injection intra-utérine; le liquide à la fin sort clair et sans odeur.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ; 75 centigrammes de sulfate de quinine dans la journée.

La malade a des bourdonnements d'oreille. Dans la journée, pas de frissons. Faciès un peu vultueux ; sueur sur le visage ; moiteur de la peau. Le soir, temp. 39°, pouls 128. On fait une grande injection intra-utérine à l'acide phénique. Lors de l'introduction de la sonde dans l'utérus, on sent le col refermé ; une pression modérée triomphe de cette résistance, et il s'écoule un flot de sérosité roussâtre, très fétide. Grande irrigation, après laquelle on place dans l'utérus et le col une mèche de gaze iodoformée en guise de drain.

29 décembre. — La malade a bien dormi. Pas de frissons ; pas de douleurs du côté de l'utérus ni de l'abdomen. Temp. 38°, pouls 100. Ce matin, grande injection phéniquée intra-utérine. Il s'écoule encore lors de l'introduction de la sonde un flot de sérosité rousse très fétide.

On fait dans la journée 3 autres injections, à midi, à 4 heures et à 8 heures.

30 décembre au 3 janvier. — 2 grandes injections intra-utérines par jour, à l'eau phéniquée. Au début de l'injection, il s'écoule toujours du liquide louche, très fétide. Etat général bon.

4 janvier. — Ce matin, M. Bar fait l'injection intra-utérine. Dès le début, la malade accuse des vertiges, des troubles de la vue qui durent une dizaine de minutes. Un peu de frissonnement. Léger claquement des dents, sueur sur le visage, puis tout rentre dans l'ordre.

Un peu de douleur à la pression au niveau de l'utérus. Le soir, le col est fermé, on ne peut introduire la sonde utérine. Pas d'élévation de température.

OBSERVATION XX (Rœther).

Obs. tirée du *Centralb. fur. gynecol.* Nov. 14 th. 1891.

Accouchement gémellaire. — Jumeau acardiaque ressemblant à un fibrome pédiculé.

Rœther fut appelé en consultation par le médecin de la famille auprès d'une femme âgée de 35 ans, primipare, qui avait une éruption vésiculaire peu de temps avant l'accouchement. Le 23 décembre 1890, elle entra en travail ; il s'écoula peu de liquide amniotique. Un fœtus macéré se présenta, et le Dr Rœther fut obligé de le perforer. L'accouchement fut difficile, grâce à l'étroitesse des parties ; le placenta suivit ; et à ce moment, rien d'anormal ne fut observé. Le cordon était en état de macération. L'utérus paraissant plein, on pensa à la présence d'un jumeau. L'exploration fut très difficile, car le col n'avait été que peu dilaté par le passage de l'enfant macéré, petit, et le vagin était très étroit. Enfin, un corps élastique, tendu, fut senti, de la grosseur d'un enfant normal, mais fut pris pour un myome pédiculé, surtout parce qu'il pouvait être amené au dehors et se fléchissait à angle droit, vers le col, comme s'il avait un vrai pédicule. Rœther se servit du forceps à kyste de Nélaton, comme pour un kyste de l'ovaire. Il mit plus d'une heure pour donner au col et au vagin la largeur nécessaire à l'extraction de la masse qui, lorsqu'elle se présenta à la vulve, sembla encore à la vue et au toucher être un fibrome. On ne distingua ses vrais caractères que lorsque la tumeur fut complètement extraite. C'était un jumeau acardiaque acéphale, avec un corps sphérique, les jambes réduites à de petits tubercules, mais les cuisses larges et œdématiées. Le cordon avait été arraché tout près de son insertion à l'ombilic.

CHAPITRE V

MARCHE DE L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE.

Je ne parlerai pas des phénomènes du début qui sont les mêmes que ceux de tout avortement.

Supposons une femme grosse de plusieurs enfants, en travail d'avortement ; que va-t-il se passer ?

Je dois établir une distinction, suivant que l'avortement est le résultat de la mort de l'un des jumeaux ou d'une cause d'ordre différent.

Quand l'avortement est le résultat de la mort de l'un des produits de la conception, la grossesse peut évoluer de différentes manières.

1° Le fœtus mort devient une cause d'irritation pour l'utérus qui se contracte. Le travail ne tarde pas à se déclarer, et la matrice se débarrasse de tout son contenu : Tel est le mode de terminaison le plus fréquent.

2° Il y a des matrices plus tolérantes qui n'expulsent leur produit que plusieurs semaines, plusieurs mois même après la mort de l'un des jumeaux, mais cependant, avant terme : au cinquième, au sixième, au septième mois. Dans ce cas, avec le fœtus vivant, sort un fœtus macéré.

En voici plusieurs exemples.

OBSERVATION XXI

(Obs. empruntée à M. Maygrier).

Avortement gémellaire de 6 mois environ. — Syphilis, albuminurie. — Un enfant macéré pesant 1010 grammes ; un autre fœtus papyracé, pesant 30 grammes. — Expulsion en bloc des fœtus et du placenta.

La nommée St..., âgée de 26 ans, est entrée à la Pitié le 4 janvier 1892. Primipare, enceinte de 6 mois, syphilitique, albuminurique et tuberculeuse. Après une perte de sang, des douleurs abdominales apparaissent, et la femme entre à l'hôpital. Le fond de l'utérus est à la hauteur de l'ombilic. Au palper, on ne trouve aucune partie fœtale. L'auscultation est nulle. Le col est effacé, dilaté ; on sent à travers une petite poche des eaux la tête fœtale ramollie et dont les os chevauchent. 28 heures après le début du travail, expulsion en bloc d'une masse dans laquelle on trouve deux fœtus rattachés par leurs cordons à une masse placentaire unique.

L'un des fœtus du sexe féminin, semble âgé de 6 mois environ, il mesure 34 centimètres de long et pèse 1010 grammes. Il est dans un état de macération qui remonte à une quinzaine de jours. L'autre fœtus semble âgé de 2 mois ; il est long de 13 centimètres et pèse 30 grammes ; il est aplati, momifié, papyracé.

Le cordon du gros fœtus est long de 39 centimètres, il est rouge et œdématié ; son insertion au placenta est vélamenteuse ; le cordon du petit fœtus mesure 27 centimètres ; il est décoloré, grisâtre, très grêle. Près de son insertion part un fragment de membranes enroulées sur elles-mêmes qu'on aurait pu prendre pour un troisième cordon.

Une seule loge amniotique accompagnait le placenta ; peut-

être le fragment de membranes enroulées représente-t-il une cloison déchirée ?

Il y a rétention de la caduque. Pas d'hémorrhagie. Le placenta est œdématié. Il pèse 550 grammes ; sur sa face fœtale existe un dépôt de fibrine stratifiée, trace d'une ancienne hémorrhagie.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXII

Le D^r Edis, le 3 octobre 1883, présenta à la Société obstétricale de Londres, un fœtus ratatiné qui avait été expulsé avec son placenta atrophié, 7 heures avant un autre fœtus né viable à 7 mois. Le premier paraissait être mort 2 mois avant.

M. Malins a observé un cas dans lequel un des fœtus était né viable au huitième mois, tandis que le développement de l'autre s'était arrêté au quatrième mois.

On lit in *Amer. Journ. of obstet.*, january 1891, l'observation suivante :

OBSERVATION XXIII

Grossesse gémellaire : premier fœtus d'environ 7 mois, macéré.

Deuxième fœtus d'environ 3 mois, papyracé.

D^r Jaggard : « Mon élève et ami, le D^r A. Froom, fut appelé auprès de Mme M. . . , âgée de 21 ans, récemment mariée, avancée de 3 mois dans sa première grossesse, souffrant de nausées et de vomissements. La maladie ne cédant pas tout de suite aux remèdes simples et ordinaires prescrits, la souffrante s'adressa, mais sans bénéfice, à divers médecins éminents. Enfin, vers le cinquième mois, elle revint trouver le D^r Froom.

A ce moment, cette femme était dans une situation précaire, vomissements et efforts incessants, diarrhée, selles sanguinolentes, ténesme, syncope.

Elle se plaignait d'un prurit anal et vulvaire intense, et en l'examinant le D^r Froom découvrit une éruption près de ces parties, et de chaque côté un engorgement des ganglions inguinaux ; l'alopécie fut aussi observée. On porta le diagnostic de syphilis quoique les recherches les plus minutieuses ne puissent révéler la lésion initiale.

Sous l'influence de la médication mercurielle la malade éprouva un soulagement immédiat et marqué.

Le 12 août, elle entra en travail prématurément. Aucun mouvement fœtal ne s'était fait sentir pendant la semaine précédente, et les bruits du cœur n'étaient pas perceptibles. Après quatre heures de travail, fut expulsé un fœtus macéré, correspondant au septième mois. Il fut suivi au bout de dix minutes par son placenta. Le D^r Froom, voulant faire une injection intra-utérine, trouva les membranes intactes, d'un deuxième œuf se présentant à l'orifice utérin. Ce second œuf, d'environ trois mois, fut facilement extrait.

Les suites de couches furent normales. L'utérus était simple.

Le mari confessa être syphilitique depuis trois ans.

3° La grossesse peut évoluer normalement et arriver à terme. Alors, on trouve accolé à l'œuf sain, un œuf secondaire (Gauthier, Warren), un fœtus papyracé, ou bien un enfant macéré, suivant l'époque à laquelle l'un des produits a succombé.

Quoique ce cas sorte un peu de mon sujet, je vais en citer deux ou trois observations.

OBSERVATION XXIV

Obs. de Bazanella (*Cent. fur. Gyn.*, n. 30 ; 25 juillet 1891, p. 625).

Accouchement trigémellaire. — 1 fœtus vivant, 2 fœtus papyracés.

Femme de 32 ans, primipare, date du début de la grossesse inconnue ; on la fixe à peu près à la trente et unième semaine. Accouchement au forceps ; extraction d'un enfant vivant.

Avec le placenta qui est expulsé un quart d'heure après, sort un enfant momifié, qui correspond au volume d'un enfant mort à trois mois (papyraceus). 48 heures après, expulsion spontanée d'un second placenta atrophié, qui présente vers son bord une cavité, dans laquelle on trouve un troisième fœtus momifié, qui est l'analogue du petit fœtus papyracé déjà expulsé. Le premier enfant vivant, garçon, 46 centimètres de long. Poids, 2500 grammes meurt le sixième jour d'une pneumonie.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXV

Obs. de la Maternité.

Jumeaux. — 1 à terme. — L'autre, embryon momifié de six semaines environ.

T... femme C..., primipare, 27 ans, couturière, ordinairement bien réglée, eut sa dernière époque le 4 décembre 1866. Sa grossesse fut très bonne.

Elle vient à la Maternité le 5 septembre 1867, à un heure 1/2 du soir, ayant un orifice mince permettant l'introduction du doigt. La tête du fœtus est basse et en O. I. G. A. accompagnée

d'une main. Les bruits du cœur fœtal étaient perçus à gauche, en bas et en avant.

Les contractions utérines, douloureuses, se déclarent à 2 heures du soir. Elles étaient faibles et éloignées. Elles devinrent plus fortes et plus rapprochées, et achevèrent la dilatation qui fût complète à 1 heure du matin. Accouchement naturel, le 6 septembre à 2 heures du matin, d'un enfant vivant, en bon état, et pesant 3080 grammes. Délivrance naturelle.

En examinant la coque fœtale, on découvrit une autre petite coque parfaitement distincte, renfermant un embryon momifié de 6 semaines environ. Son cordon était adhérent aux membranes. La femme nous dit n'avoir eu aucune apparition sanguine pendant sa grossesse; elle n'avait pas eu non plus de douleurs lombaires, pas de pesanteur ni de douleur du côté du petit bassin. Aucun renseignement ne peut expliquer l'avortement de ce premier produit. Ce qui fait que ce fait reste inexplicable.

4° Le fœtus sain peut être expulsé à terme, l'autre restant dans la cavité utérine un temps indéterminé. Ces faits n'entrent pas dans le cadre que je me suis tracé. Je n'en parlerai pas.

5° Il y a un autre mode de terminaison de l'avortement qui est plus intéressant pour nous. Ce sont les cas dans lesquels le fœtus mort est expulsé seul, plus ou moins longtemps après avoir succombé, le fœtus vivant continuant à se développer dans la cavité utérine. J'y reviendrai.

Si l'avortement survient accidentellement, c'est-à-dire, s'il reconnaît une autre cause que la mort de l'un des jumeaux, deux seulement des terminaisons que nous venons d'indiquer sont possibles : ou bien, le même travail expulse les

deux enfants à peu d'intervalle l'un de l'autre. Ou bien, un seul fœtus est chassé hors de la cavité utérine, l'autre continuant à s'y développer.

Ces faits étaient connus des anciens, quoique plus tard des hommes illustres aient nié leur existence.

J'ai lu dans Hippocrate (*Œuvres complètes*, édition grecque, latine, Genève, 1662. T. II : ἐκ τῶν ἐπιδημιῶν, liv. VII, pag. 1235):

« Il arriva par accident à la mère de Terpidas de la ville de Dorisque un avortement de deux jumeaux au cinquième mois. Elle rejeta le premier sur-le-champ, comme enveloppé dans une membrane. Le second sortit environ 40 jours après ; mais elle le garda dans son sein plus longtemps que le premier. »

Baudelocque a écrit (*Art des acc.*, t. II, 1715, p. 519) :

« Un d'eux (jumeaux) peut être expulsé au terme ordinaire, ou prématurément, et en quelques cas seulement, être suivi de son arrière-faix, sans que cela nuise à l'autre jumeau, détruise les rapports nécessaires à sa vie et à la sûreté de la mère, s'il ne vient pas aussitôt. »

Plus loin, il ajoute : « Il n'en est pas de même quand ils sont dans les mêmes enveloppes, contenus dans la même poche, s'il s'en est réellement trouvé de tels. Que l'un d'eux vienne à mourir, et à se putréfier quelque temps avant son expulsion, la vie de l'autre est en danger. Que l'un d'eux naisse prématurément, le second ne peut rester au delà de quelques heures, de quelques jours au plus. L'arrière-faix du premier ne peut le suivre qu'il ne détruise les adhérences de celui de l'autre et ne l'entraîne, soit que chacun d'eux ait le

sien bien distinct, ou que les masses en soient liées, confondues, puisqu'elles ont alors la même base, et qu'il n'y a qu'un seul chorion. »

Budelocque ne croit pas à l'existence de deux jumeaux dans la même poche à moins de monstruosités ; ce qui n'est pas exact. Sans doute, les monstruosités sont plus fréquentes dans ce cas, on le comprend facilement ; mais elles ne sont pas fatales tant s'en faut. Quant à l'expulsion simultanée ou à peu de distance des deux jumeaux, elle est la règle, en effet, lorsqu'il n'y a qu'un œuf.

Mauriceau n'est pas de l'avis de Budelocque, si on en juge parce que [dit Levret (Levret, 3^e édition, 1766, p. 436 Chapitre sur l'avortement : sentiments de Levret sur les aporismes de Mauriceau).

Mauriceau : « Il est impossible qu'une femme ayant avorté d'un des enfants qu'elle aurait conçus, puisse conserver l'autre jusqu'à terme. »

Levret : « Il y a des exemples du contraire ; il est vrai qu'ils sont rares ; mais quoiqu'ils ne soient pas communs, cela n'en infirme pas moins cette sentence. »

Plus loin, page 157, Mauriceau : « La matrice s'étant une fois ouverte pour mettre dehors un des jumeaux, ne se referme jamais, que le second n'en ait été expulsé ou tiré. »

Levret : « Il y a cependant quelques faits qui semblent prouver le contraire ; mais nous ne sommes pas assurés si alors il n'y aurait pas deux matrices au lieu d'une. Ou si la matrice unique ne serait pas partagée en deux cavités distinctes, comme cela s'est vu maintes fois par l'ouverture des cadavres. »

Levret semble ici moins affirmatif. Bien certainement, s'il y a deux utérus, il y a beaucoup plus de chances pour que

le second fœtus continue sa vie intra-utérine ; mais lors même que cette anomalie n'existe pas, on a vu le phénomène se produire.

A mesure que l'on se rapproche de notre époque, les idées deviennent plus nettes sur ce sujet, on semble observer davantage et s'appuyer sur les faits plus que sur ce qu'en ont dit les prédécesseurs.

Velpeau est assez précis et cite des observations (*Traité de l'art des acc.*, 2^e édition, 1835. T. I, p. 405) : « L'un des fœtus meurt de 2 à 3 mois, et lors de l'accouchement, le praticien est tout étonné de recevoir à la fois un enfant à terme et un avorton. Je possède un grand nombre de faits de ce genre, et plusieurs des exemples de superfétation sur lesquels on a le plus insisté ne sont pas autre chose.

La coque de l'un peut se transformer en mole, puis le second ne cesse de vivre qu'à 3 ou 4 mois, et le tout n'être rendu que plus tard.

Page 406 : D'autres fois l'œuf se décompose, se putréfie ; M. Wright (*Journal du Progrès*, T. XV, et journaux anglais), relate un cas de ce genre. Le fœtus sort putréfié, 3 mois après on reconnaît qu'il existe dans l'utérus des os dont on fait l'extraction. Tout porte à croire qu'ici la grossesse était double.

Page 341, on lit : l'un d'eux (jumeaux) ayant cessé de vivre, provoque l'avortement de l'œuf entier, ou bien, il est expulsé seul, et la grossesse marche ensuite naturellement. Fréquemment aussi, il reste dans sa coque en l'altérant plus ou moins, et ne sort qu'avec l'autre fœtus, lors de l'accouchement.

Jacquemier (*Manuel des acc. et des maladies des femmes*

grosses et accouchées, 1846. T. I, p. 461), ne dit pas autre chose : « Lorsque la mort de l'un des fœtus survient, trois cas peuvent se présenter : 1° La grossesse n'est pas interrompue et le fœtus mort est expulsé avec l'autre, seulement au moment de l'accouchement ; 2° Ou il est expulsé seul plus ou moins longtemps après avoir cessé de vivre ; 3° Le travail d'expulsion provoqué par le fœtus mort entraîne à sa suite la sortie de l'œuf vivant. »

Chailly Honoré (*Traité pratique de l'art des acc.*, 3^e édition, 1853, p. 285. *De l'avortement*) s'exprime ainsi : « Des deux jumeaux, l'un peut être expulsé avant terme, l'autre continuant à vivre. M. Paul Dubois a pu observer ce phénomène sur une dame qui habitait Sèvres et sur une femme de la Maternité.

Page 132, il ajoute : « L'un des produits peut cesser de vivre et être expulsé, ou rester contenu dans la cavité utérine, l'autre continuant à s'accroître ; et dans ce second cas le fœtus mort peut être expulsé en même temps que celui qui est arrivé à terme, ou bien rester encore longtemps après lui dans la cavité utérine, s'y modifier, s'y dessécher.

On cite des faits d'enfants expulsés ainsi plusieurs années après la naissance de l'autre jumeau ; j'ai vu un produit de cette nature trouvé chez une vieille femme de la Salpêtrière. »

En 1869, Hubert de Louvain, dans son *Traité des acc.*, T. I, p. 38, écrivait : Quand meurt l'un des fœtus, trois cas peuvent se présenter : ou bien la gestation poursuit son cours régulier jusqu'à terme, ou le fœtus mort est expulsé seul, tandis que le vivant continue à se développer, ou bien encore, et c'est le cas le plus fréquent, sa mort détermine l'expulsion du tout, expulsion abortive ou prématurée.

Schræder dit peu de chose, page 181 : « Les cas dans lesquels un enfant mort abortif fut expulsé, tandis que l'autre continue à se développer ne sont pas des plus rares. Et même de deux jumeaux l'un peut naître mort et macéré et l'autre vivant et sain. »

Saboia, 1873, p. 229 et 230 : « Il n'est pas extrêmement rare dans cette variété de grossesse que l'un des fœtus cesse de vivre, tandis que l'autre continue à se développer jusqu'au temps des couches, où ils sont expulsés tous les deux. Quelquefois, le fœtus qui est sans vie excite les contractions utérines, alors il est expulsé, et tout rentre dans l'ordre; l'autre fœtus continue à grandir et naît comme dans les cas ordinaires.

Il arrive par exception toutefois, dans ces grossesses, que l'accouchement se déclare et que l'enfant vivant soit expulsé, tandis que le mort peut être retenu dans l'utérus par des adhérences du placenta, et n'être délivré qu'après quelque temps, et même au bout de deux ans, comme Guillemeau l'observa avec Ambroise Paré. »

Mais que se produit-il le plus souvent? Que l'avortement soit dû à la mort de l'un des jumeaux, ou qu'il reconnaisse toute autre cause, nous savons que dans la grande majorité des cas, les deux fœtus sont expulsés en même temps, comment alors les choses vont-elles se passer?

Les phénomènes les plus bizarres peuvent se présenter : Les fœtus exécutent les évolutions les plus étonnantes. Quelquefois, la rapidité du travail est extrême; plus grande encore est la rapidité d'expulsion. La petitesse de la tête

fœtale lui permettra de sortir du canal génital, dans n'importe quelle situation ; les occipito-postérieures non réduites sont fréquentes. On devra s'attendre à des mutations de présentation et de position ; car, d'un côté l'hydramnios et de l'autre le petit volume du fœtus, lui permettent une grande mobilité. Quelle que soit la partie fœtale qui se présente, elle n'empêchera que rarement les procidences, procidences du cordon ou des membres, souvent des deux à la fois. L'évolution spontanée se fera facilement, presque sans aucun danger, ni pour la mère ni pour le fœtus. Ordinairement, quelques minutes séparent l'expulsion de chacun des fœtus, mais il arrive parfois qu'ils sont projetés tous les deux à la fois hors des organes génitaux.

Enfin, un des jumeaux peut sortir enveloppé dans ses membranes, comme l'a observé une fois M. Démelin.

Les observations qui suivent montreront mieux que je ne pourrais les décrire ces différents cas.

OBSERVATION XXVI

Maternité.

Rapidité d'expulsion (Avortement de 4 mois, toux opiniâtre).

Primipare. Se présente à la Maternité le 6 janvier 1889 à 4 heures du matin. Lorsqu'elle arrive, un premier enfant avait été expulsé depuis 10 minutes et il était mort. Peu de temps après, de nouvelles douleurs se manifestèrent, expulsèrent le second qui naquit, vivant et vécut pendant 2 heures. Il fut si rapidement expulsé qu'on n'eut pas le temps de la coucher.

Immédiatement après la sortie du second enfant la délivrance eut lieu par le seul effort de la nature et sans accidents.

Par les renseignements obtenus par cette femme, on put savoir qu'elle était sous l'influence d'une *toux opiniâtre* depuis 15 jours. Elle dit aussi avoir éprouvé une *émotion très grande*.

Les deux enfants qui naquirent étaient du sexe féminin. Le premier pesait 552 grammes, le deuxième pesait 750 grammes. Placenta ???

OBSERVATION XXVII

Maternité.

Avortement gémellaire à 5 mois 1/2. — *Rapidité du travail* (1 h.)

La nommée Lucie-Berthe..., célibataire, sans profession, 19 ans, primipare. Entrée à la Maternité le 14 janvier 1882 à 5 h. 45 minutes du matin. Bonne constitution, fut réglée à 14 ans, mais peu abondamment. Les accidents qui ont accompagné la grossesse sont les suivants : syncopes et une chute à laquelle elle n'attribue point son accouchement prématuré.

Elle est arrivée accouchée et délivrée, en sorte que les particularités de l'accouchement sont inconnues : elle dit seulement avoir éprouvé de fortes douleurs le 14 janvier 1882 à 3 heures du matin et être accouchée spontanément *une heure après* de 2 jumeaux morts-nés du sexe féminin et du terme de 5 mois environ, les dernières règles ayant été du 21 au 24 juillet 1881. Le *travail a été de courte durée* et la délivrance naturelle. Aucun accident. Suite de couches naturelles.

OBSERVATION XXVIII

Maternité.

Avortement à 4 mois 1/2. Deux garçons. — Premier en O. I. D. P.
— Deuxième en S. I. D. P.

La nommée R..., âgée de 22 ans, bonne constitution. Entre à la Maternité le 6 septembre à 7 heures du matin, ayant des con-

tractions douloureuses depuis minuit. A 10 heures du matin, elle entre au grand service. Cette femme est réglée régulièrement tous les mois depuis l'âge de 15 ans, et sa dernière époque date du 20 au 25 mars. Elle est arrivée à 4 mois $1/2$ de sa grossesse.

En palpant l'abdomen, on trouva le fond de l'utérus à peu près au niveau de l'ombilic, mais il est impossible de distinguer la partie fœtale. Par le toucher, on trouve l'orifice dilaté de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Les membranes sont entières et la tête qui s'engage ballotte facilement. Les bruits du cœur s'entendent dans tout le côté droit de l'abdomen. Ils sont si obscurs qu'il est difficile d'en reconnaître le maximum. Les contractions utérines sont fréquentes. La dilatation est complète à 3 h. 55 du soir. Les membranes sont rompues artificiellement et l'expulsion de l'enfant en O. I. D. P. *non réduite* se termine à 4 h. 45 du soir. L'enfant masculin pèse 615 grammes et respire quelques minutes. Après la sortie du premier enfant, l'utérus ayant peu diminué de volume, on pratique un nouveau toucher qui permet de constater la présence d'un deuxième enfant se présentant par l'extrémité pelvienne en S. I. D. P. Les contractions n'ont pas cessé de se produire et l'expulsion du deuxième jumeau est terminé à 5 h. 10 minutes du soir. L'enfant est aussi du sexe masculin et pèse 615 grammes. Il respire pendant une $1/2$ heure.

Délivrance naturelle à 5 h. 20 minutes. Placenta (?)

OBSERVATION XXIX

Maternité.

Avortement gémellaire à 5 mois. — Premier fœtus: Mutations de positions de la tête: 1^o Tête et coude; 2^o Face; 3^o Sommet. — Deuxième fœtus: Epaule avec procidence du cordon. Version. *Le placenta suit chaque fœtus.*

C..., multipare, se présente salle d'accouchements le 20 août

1856 à 7 heures du matin. La dilatation était complète ; on sentait par le toucher vaginal la tête inclinée et plus haut, une partie que l'on prit pour le coude. Peu après, ces parties changèrent, on sentit distinctement les caractères de la face. Enfin la tête se dégagea fléchie en première position du sommet. L'enfant du sexe masculin était mort. Il pesait 1350 grammes, paraissait du terme de 5 mois.

L'utérus resta volumineux ; on pratiqua le toucher ; on sentit une partie fœtale qui était très enclavée et qui ne fut pas reconnue. Il y avait procidence du cordon ombilical. La main droite fut alors introduite dans le vagin, puis dans l'utérus. On sentit alors l'épaule et on amena les pieds à la vulve. Immédiatement après le placenta s'engagea et fut expulsé. Celui du premier l'avait été aussitôt après sa sortie. L'utérus se rétracta bien, il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Les suites de couches furent naturelles.

OBSERVATION XXX

Maternité.

Avortement gémellaire à 5 mois 1/2. Premier jumeau. — Somme O. I. G. A. Deuxième jumeau, sommet, O. I. D. P. *non réduite avec procidence des deux mains.*

La nommée Adolphine G..., multipare, célibataire, cuisinière, 25 ans, entre à la Maternité le 4 juillet 1881, à 3 heures du soir, et fut mise salle Desormaux pour perte de sang. Le 14 juillet 1881, à 5 heures du matin, les premières douleurs apparurent et cette femme entra à 5 heures du soir le même jour dans la salle d'accouchements, ayant un orifice dilaté comme un franc. On sentait une petite partie fœtale qui était le sommet et qu'on faisait balloter facilement. Cette femme fut réglée pour la première fois à

13 ans et depuis régulièrement, pendant 5 ou 6 jours, abondamment. Les dernières règles datent du 15 au 16 janvier.

Elle dit attribuer son avortement à *une grande fatigue*. Pendant sa grossesse, elle, a eu des *étourdissements, de la rachialgie, de l'odontalgie des crampes d'estomac et aux membres inférieurs*. Le 14 juillet 1881, à 3 heures 50 minutes du soir, la dilatation fut complète; on rompit les membranes à 3 heures 55 minutes, et à 4 heures 20 minutes, la malade était accouchée d'un premier enfant qui présentait le sommet O. I. G. A. et pesait 940 grammes. Aussitôt après la naissance de cet enfant, on constata la présence d'un second jumeau qui présentait également le sommet en O. I. D. P. non réduite avec procidence des deux mains: Il naquit à 4 heures 35 minutes du soir. Dans la famille de cette femme, ni dans celle du père de son enfant, *il n'y a jamais eu de jumeaux*.

La délivrance se fit naturellement, immédiatement après la sortie du second enfant. Placenta unique, mais il y avait deux poches amniotiques séparées par un pont membraneux, composé de 4 membranes, 2 chorions, 2 amnios. Le premier enfant mourut 1 heure 25 minutes après sa naissance, le deuxième 50 minutes après.

Suites de couches naturelles.

OBSERVATION XXXI

Maternité.

Procidence du cordon et d'un bras (avortement de 5 mois).

H... femme Rose, multipare, entre à la Maternité le 1^{er} juillet 1860 à 11 heures du soir, début de travail, membrane intacte. Contractions assez fortes, on entendait des battements du cœur. On couche la malade, les contractions se ralentissent. A 8 heures,

M. Alliot l'examine et sent deux têtes, *une main et le cordon qui faisaient* procidence. Les contractions *étant très faibles*, on lui donna un grand bain, elle y resta une heure, après quoi, on la fit monter à Sainte-Claire où elle resta 4 heures. Elle vint à la salle d'accouchements à 8 heures du soir. Les contractions étaient fortes, la dilatation complète. On rompit les membranes. La tête franchit l'orifice et à 3 heures 1/2 le premier enfant naquit en O. I. G. A. du sexe féminin, vivant.

Après l'expulsion de ce premier enfant, il se forme *une seconde poche d'eau* qui ne tarda pas à se rompre et à 4 heures le deuxième jumeau naquit, du sexe féminin. Les deux pesaient chacun 800 grammes.

Délivrance naturelle. Les enfants succombèrent 4 heures après leur naissance.

Placenta ???

OBSERVATION XXXII

Maternité.

Avortement gémellaire de quatre mois. — Deux filles. — Premier enfant, sommet avec procidence du membre supérieur gauche. — Deuxième siège, mode des pieds. — Pied gauche le premier.

B..., multipare, 23 ans, bonne constitution, bassin normal. Règle régulière, durant deux ou trois jours peu abondamment, depuis l'âge de 14 ans. Ses dernières règles datent du 23 au 25 décembre 1884. Cette femme vient à la Maternité le 4 mai 1885 à 2 heures du soir et il fut reconnu qu'elle était menacée d'avortement. Elle ressentit de fortes douleurs le 5 mai à midi, fut conduit salle d'accouchement à 2 heures du soir. Les accidents de la grossesse avaient été : des épistaxis, de la céphalalgie, de la

rachialgie. Au palper, on trouvait l'utérus assez développé, arrivant au niveau de l'ombilic ; mais on ne distinguait aucune partie fœtale. A l'auscultation, on entendit le maximum des bruits du cœur au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. Au toucher, on sentait une poche d'eau qui bombait, et dans l'intérieur un *sommet accompagné du membre supérieur gauche*.

L'expulsion du premier fœtus eut lieu le 5 mai à 2 h. 40 du soir. Immédiatement après l'expulsion de ce premier fœtus, on reconnut la formation d'une nouvelle poche d'eau. Le deuxième fœtus présentait le siège, mode des pieds, et au dégagement on vit que c'était le pied gauche qui se dégageait le premier. L'expulsion de cet enfant eut lieu le 5 mai à 3 h. 40 du soir.

Les deux fœtus du sexe féminin, du terme de quatre mois, naquirent vivants. Leur poids était de 250 grammes.

La délivrance se fit naturellement le même jour à 4 heures du soir. On fit à cette femme une injection intra-utérine chaude avec de la solution de sublimé dédoublée. Il y avait deux placentas séparés.

Suites de couches naturelles.

OBSERVATION XXXIII

Maternité.

Avortement gémellaire à cinq mois. — Premier fœtus : sommet avec procidence d'une main. — Deuxième fœtus, pieds. — Un seul e présente. — Placentas séparés.

B..., primipare. Entre le 22 mai 1853 à 10 heures du matin, orifice légèrement souple et peu épais, dilaté de 8 à 10 lignes. Les membranes se sont rompues le même jour à 8 heures du matin. On sentait aux ouvertures du bassin une présentation du sommet en première position, seulement cette partie n'était pas

volumineuse et offrait peu de résistance. Cette dernière était accompagnée d'une main. L'auscultation ne nous servit à rien, parce qu'on n'entendait aucun battement. Au début, contractions faibles et éloignées. Vers 3 heures du soir, elles devinrent plus fréquentes et plus rapprochées. La dilatation qui jusque-là n'avait fait aucun progrès, s'opéra rapidement. A 4 heures $1/2$, elle était complète. La tête franchit l'orifice, séjourna dans l'excavation du bassin et ensuite l'accouchement se termina naturellement à 4 h. $3/4$. Aussitôt que l'enfant fut né, on introduisit la main pour s'assurer de l'engagement du placenta ; mais on reconnut une seconde poche qui était volumineuse avec des membranes très denses dans lesquelles on ne distinguait rien. Enfin on sentit de petites parties mobiles qui étaient les pieds. On rompit les membranes et un seul pied s'engagea, on fit quelques légères tractions et le tronc descendit. L'expulsion fut faite sans difficulté, car ces enfants étaient très petits. Il était 5 heures du soir.

Les enfants du sexe féminin naquirent vivants, mais succombèrent quelques instants après leur naissance. Le premier pesait 675 grammes, le deuxième 700 grammes. Terme de cinq mois.

Aussitôt après l'accouchement, les placentas s'engagèrent. On aide à la délivrance une demie heure après l'accouchement, laquelle fut naturelle. Les placentas forment deux masses complètement séparées. Ils ne sont unis que par un pont membraneux. La cloison qui sépare les deux coques est sur le bord d'un des placentas et le cordon de ce dernier est inséré sur le bord tout-à-fait opposé à la cloison, laquelle est formée de deux chorioions et de deux amnios et quelques parcelles de la caduque.

OBSERVATION XXXIV

Maternité.

Avortement gémellaire 5 mois. — Œdème. Procidence du bras gauche et du cordon ombilical. — Premier sommet, deuxième siège. — Rétraction de l'orifice interne sur l'arrière-faix. — Inertie utérine ; pas d'hémorrhagies.

R..., primipare, âgée de 30 ans. — Bonne constitution, bassin bien conformé, réglée pour la première fois à 15 ans ; depuis, tous les mois.

Les dernières règles datant du 17 au 20 décembre 1872. Les accidents de la grossesse sont des nausées, des vomissements, de la constipation de l'œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne. Pas d'albumine dans les urines. Les premières contractions douloureuses se manifestèrent le 14 juillet à 7 heures du matin. Le 15, à 1 heure 30 minutes du matin, la malade monte à la salle d'accouchements ; elle était arrivée dans la maison la veille à 9 heures du soir. Le fond de l'utérus ne remontait que jusqu'au niveau de l'ombilic. La mère ne connaît rien qui puisse avoir entravé la marche de la grossesse. L'auscultation pratiquée avec soin et à différentes reprises, ne fit *découvrir aucun battement du cœur fœtal*, mais le souffle utérin retentissait avec force sur toute l'étendue du globe utérin. Le toucher apprit que la dilatation n'avait que l'étendue d'une pièce de 0,50 centimes, que les membranes intactes bombaient fortement, aussi fut-il impossible de diagnostiquer la présentation. Le travail marche régulièrement. A 7 heures du matin, *la poche des eaux qui avait dépassé l'orifice vulvaire* se rompit spontanément ; on reconnut alors une présentation du sommet compliquée de procidence du bras gauche et du cordon ombilical. Comme l'enfant paraissait très

petit, qu'il n'existait point de battements au cordon, on laisse marcher le travail. La dilatation fut complète à 8 heures et à 9 heures 30, l'enfant fut expulsé en bloc. Il était du sexe féminin, pesant 510 grammes, mesurait 0,29 centimètres. Il ne fit aucune inspiration.

Après son expulsion, en palpant l'utérus, on s'aperçut qu'il était encore volumineux, qu'il existait un deuxième enfant. L'auscultation fut aussi infructueuse que la première fois. Le toucher révéla que le jumeau présentait l'extrémité pelvienne en S. I. G. A. Les contractions ne tardèrent pas à se réveiller, et le 15 juillet à 9 heures 55 l'accouchement était terminé. Après un travail de 6 heures 55 minutes, le deuxième enfant, également du sexe féminin était mort, il pesait 470 grammes, il mesurait 0,28 centimètres. *L'utérus resta très longtemps inerte*, il n'y eut pourtant pas d'hémorrhagies; mais quand vers 11 heures, on voulut délivrer la femme, on s'aperçut qu'il y avait une *rétraction de l'orifice interne* lequel s'était resserré sur la coque formée par les membranes, *où des caillots s'étaient accumulés*. Mme Callé prévenue perfora les membranes, le sang s'écoulant favorisa la sortie des placentas, mais réunis par un pont membraneux. Ils pesaient 780 grammes. La femme étant très fatiguée et assez faible, elle fut transportée dans le service de médecine.

Elle partit guérie.

OBSERVATION XXXV

Maternité.

Avortement gémellaire à 5 mois. — Premier fœtus : sommet. —
Deuxième : pieds. — Un circulaire. — Manœuvre de Mauriceau.

I..., multipare, 22 ans, monte dans la salle le 10 février à 4 heures du soir. Début du travail, orifice utérin souple, présentation du sommet en O. I. G. A. Les membranes sont intactes, les

contractions fortes et éloignées. Le 11 février, à 5 heures du matin, les contractions sont plus violentes et plus rapprochées, la dilatation augmente, à 6 heures elle est complète. Rupture spontanée des membranes. Il s'écoule peu de liquide la tête descend et séjourne dans l'excavation pendant une demi-heure. L'accouchement se termine spontanément.

Enfant vivant, du sexe féminin, du terme de 5 mois, pesant 750 grammes.

Après la sortie du premier enfant, l'utérus reste volumineux; on fait deux ligatures au cordon. Les contractions recommencent on pratique le toucher, et on sent les pieds d'un second fœtus. Les bruits du cœur s'entendent à droite au-dessous de l'ombilic.

La deuxième poche d'eau se rompt spontanément, les pieds s'engagent et le tronc sort. On constate un circulaire autour du cou de l'enfant.

On pratique la manœuvre de Mauriceau et la tête sort facilement.

L'enfant pèse 750 grammes.

Délivrance naturelle. Les placentas sont séparés par un espace considérable. Il y a une cloison membraneuse.

OBSERVATION XXXVI

Maternité

Avortement de 5 mois 1/2. — Deux filles. — premier, sommet, mort.

— Deuxième, épaule; évolution spontanée, vivante.

B..., primipare, 25 ans. Constitution bonne. Conformation du bassin normale; fut réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis tous les mois régulièrement, pendant 4 à 5 jours, abondamment. La dernière menstruation date du 15 au 20 février 1874. Aucun accident n'a compliqué la grossesse. Le 4 août à 3 heures du

matin, une assez grande quantité d'eau s'écoula, sans que la femme ressentit aucune douleur. Elle arriva à la Maternité le 8 août à 3 heures du soir; elle fut placée à Sainte-Adelaïde au n° 1 où elle resta jusqu'au 9 août, à 9 heures $\frac{3}{4}$ du matin, époque à laquelle elle ressentit les premières douleurs. On la monta à la salle d'accouchement à 11 heures du matin. L'auscultation ne fit percevoir aucun bruit du cœur. Le toucher vaginal permit de constater une dilatation de la grandeur d'une pièce de 2 francs, et le sommet qui se présentait était en position O. I. G. A. Les contractions d'abord faibles et éloignées deviennent vers 11 heures plus énergiques et rapprochées, et à midi 30, l'enfant fut expulsé, fille morte de 600 grammes.

En portant la main sur l'utérus après la naissance de ce premier enfant, on put constater que son volume avait peu diminué, et la présence de petites parties fœtales.

Le toucher pratiqué permit de sentir une deuxième poche d'eau qui fut rompue immédiatement. Le deuxième enfant présentait l'épaule gauche, en céphalo-iliaque droite. Après quelques contractions énergiques, aidées d'efforts d'expulsion, l'accouchement se termina *naturellement par évolution spontanée*, à midi 45 minutes. L'enfant, encore une fille, naquit vivante et pesait 360 grammes. Elle vécut jusqu'à 7 heures du soir.

La délivrance se fit naturellement, le 9 août, à 1 heure du soir; les placentas formaient une seule masse, la cloison de séparation n'était composée que de deux amnios, et l'injection poussée par les vaisseaux ombilicaux permit de constater que la circulation était commune.

La femme fut, 2 heures après l'accouchement, transportée au n° 12 de la salle Sainte-Élisabeth pour y passer ses suites de couches. Elle partit en bon état le 18 août. L'enfant était mort.

OBSERVATION XXXVII

Maternité.

Développement de l'utérus.

Avortement gémellaire à 5 mois. — Premier fœtus *macéré*. *Evolution spontanée*, siège et tête en même temps. Deuxième fœtus vivant. — Épaule gauche. — *Evolution spontanée*. — Suite de couches : *eschare de la vulve*, fièvre.

Le 20 juillet 1886 à 6 heures du soir, entrain à la Maternité la nommée W..., primipare, bien conformée, 26 ans. Régliée à l'âge de 13 ou 14 ans.

En décembre 1885, elle devint enceinte. De la céphalalgie, des vomissements ont accompagné cet état. D'après la dernière époque, elle serait enceinte de 5 mois. Si on regarde l'utérus, on est frappé de *son développement*. Il est gros comme pour un fœtus de 8 mois au moins. Le palper ne fournit aucun signe, l'utérus se contracte souvent et reste dur entre les douleurs. Quoique en découvrant la vulve, on aperçoive *un membre macéré*, on entend les *battements fœtaux* à droite et en avant. Donc il y a grossesse gémellaire et le deuxième jumeau est vivant. Au toucher le vagin est rempli par le membre supérieur droit, l'épaule et une partie du tronc ont même franchi le détroit abdominal et l'orifice utérin complètement dilaté. Ces parties fœtales tassées bouchent le vagin en totalité; elles sont très macérées et répandent une odeur nauséabonde. On fait à la parturiente une injection vaginale avec la solution de sublimé dédoublée.

Les contractions sont fréquentes; chaque effort rend plus visibles l'épaule droite et le dos. Quelques instants après, le fœtus est expulsé, siège et tête en même temps. Après la naissance de ce premier enfant, M^{me} Henry touche la malade et trouve une poche d'eau dans laquelle des membres flottent. La dilatation reste

complète, les membranes sont divisées et l'épaule gauche ainsi que la tête s'appuient fortement sur le détroit supérieur. Le deuxième jumeau vivant, un peu plus volumineux que le premier, se déroule lentement, il naît 20 minutes environ après le premier. L'accouchement était terminé à 8 heures du soir. Les 2 jumeaux sont deux garçons. Le premier macéré pèse 450 grammes, le deuxième né en état de mort apparente, mais ranimé peu de temps après pèse 1500 grammes ; il est placé dans la couveuse.

Délivrance naturelle 15 minutes après l'accouchement. Les placentas, sont réunis. Celui de l'enfant macéré paraît exsangue tant il est décoloré, tandis que le placenta de l'enfant vivant est plus rouge et plus volumineux. La masse totale pèse 550 grammes.

Après l'injection intra-utérine et les lavages, la vulve reste très douloureuse ; elle se couvre bientôt d'eschares profondes pansées avec de l'iodoforme. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour dans les premiers jours des suites de couches. Il survient un peu de fièvre. Le ventre est sensible. M^{me} Henry ordonne plusieurs injections intra-utérines et vaginales. Tous ces troubles s'amendent vers le huitième ou neuvième jour, et la malade part en bon état, 12 jours après son accouchement. Le deuxième jumeau mourut 2 jours après sa naissance.

OBSERVATION XXXVIII

Maternité.

Avortement gémellaire, 5 mois 1/2. — Résumé. — Enfants macérés. — Différence de poids des enfants et des placentas séparés.

B..., f. Hoursera, 25 ans. Enfants putréfiés. Accouchements naturel, premier fœtus masculin vient par les pieds, poids : 900 grammes. Au toucher, deux poches d'eau. Un quart d'heure après

le premier accouchement, naît le deuxième enfant par le sommet, il sort enveloppé de sa coque, laquelle se rompit immédiatement. Poids 500 grammes.

Placenta du premier né paraît être inséré au fond de l'utérus. Poids 450 grammes, longueur d'un côté à l'autre de 13 cent. 5, épaisseur 1 cent. 1/2.

Le placenta du deuxième : poids 250 grammes, longueur d'un côté à l'autre, 8 centimètres.

Causes de l'avortement et de la mort des enfants, inconnus.

Multipare, 30 ans, deux poches d'eau. Placentas séparés entièrement.

OBSERVATION XXXIX

Jumeaux morts et putréfiés. 5 mois 1/2.

Multipare, 25 ans, chute à 4 mois. Chaque enfant avait une coque particulière.

Poids du premier fœtus 300 grammes

— du deuxième — 500 grammes.

Placenta du premier forme en raquette, pèse 150 grammes.

— du deuxième, forme circulaire 250 grammes.

OBSERVATION XL

Maternité.

Avortement gémellaire de 5 mois, deux garçons. — Albuminurie.

— Hydramnios de l'un des œufs. — Le deuxième fœtus expulsé, celui de l'œuf à hydramnios présente de l'hydrocéphalie externe et de l'œdème de tout le tronc. — Placenta unique.

La nommée M..., secondipare, arrivée à la Maternité le 5 juin 1889, à 3 heures du matin, fut admise à la salle Desormeaux. Le

résultat de l'examen pratiqué lors de son arrivée est qu'elle est grosse de 5 mois environ d'après les renseignements qu'elle donne et l'état de ses dernières règles. L'utérus est exagérément distendu : On *diagnostique un hydramnios considérable*. L'urine est albumineuse, on soumet la malade au régime lacté absolu.

Douée d'une bonne constitution, elle fut réglée pour la première fois à 18 ans, et depuis, cette fonction s'accomplit irrégulièrement pendant 4 jours, peu abondamment. Les dernières règles datent du 1^{er} au 6 janvier, sa grossesse fut accompagnée de nausées, d'œdème des membres inférieurs *et de dyspnée apparue vers le quatrième mois de la grossesse*, époque à laquelle son ventre a pris un développement considérable et rapide.

Les premières douleurs se montrent le 6 juin à 8 heures du soir. La malade descend à la salle Lachapelle le 7 juin à 8 heures du matin, et est soumise à l'examen obstétrical. Le palper fournit les mêmes renseignements que le jour de son arrivée, quant à la situation du fœtus on ne peut l'apprécier vu la grande tension des parois utérines.

A l'auscultation, on n'a aucun bruit d'origine fœtale. L'orifice est dilaté comme une pièce de 2 francs, les membranes sont tendues. Dans la poche d'eau flotte un petit membre. Les contractions sont énergiques et régulières. La dilatation est complète le 7 juin à midi. On rompt les membranes à ce moment et il s'écoule une grande quantité de liquide 6000 grammes pesés.

Après la rupture des membranes, le col revient sur lui-même. Au bout d'une demi-heure les contractions reviennent avec une grande énergie; elles s'accompagnent d'efforts et bientôt un premier jumeau est expulsé, *enveloppé dans ses membranes que l'on rompt immédiatement*. En même temps que lui sort une grande portion de placenta. Aussitôt après, on voit apparaître à la vulve les pieds d'un deuxième jumeau qui naît 3 minutes plus tard. Les deux fœtus sont du sexe masculin, le premier pèse

380 grammes, le second 650 grammes. Ce dernier présente de l'hydrocéphalie externe et de l'œdème de tout le tronc.

Délivrance spontanée 15 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta qui est unique pour les deux fœtus pèse 520 grammes et est œdématié.

Après l'expulsion du placenta, M^{lle} Peyre fit à la malade une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 2 pour 1000.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLI

Maternité.

Avortement à 5 mois 1/2. — Syphilis. — Premier fœtus macéré-masculin. — Deuxième fœtus vivant, féminin. — Ascite. — Placenta unique. — Partie saine, partie macérée.

P..., entrée à la Maternité le 13 octobre à 10 heures du matin. Secundipare, déjà accouchée d'un enfant à terme. Les dernières règles datent du 26 au 29 avril 1882. Les accidents qui ont accompagné la grossesse sont la syphilis, céphalalgie, rachialgie. Lorsque cette femme arriva à la Maternité, on constata une grossesse gémellaire: L'un des enfants était expulsé mort et macéré du poids de 690 grammes, du sexe masculin.

Par l'auscultation on n'entendit pas de bruits du cœur, et par le toucher on constata la présence d'une seconde poche d'eau intacte et un deuxième enfant présentant le sommet. Environ 55 minutes après, la poche des eaux se rompit et l'enfant naquit. Il était du sexe féminin, pesait 720 grammes; quand il naquit, il était vivant; il mourut peu de temps après: Il avait de l'ascite.

Délivrance naturelle le 13 octobre 1882, à 11 h. 40 minutes du matin.

Le placenta unique présentait une portion très macérée et

une portion saine; le cordon du premier enfant était grêle et macéré. Celui du deuxième était volumineux, jaunâtre, transparent. Chaque fœtus était contenu dans une poche composée de deux membranes.

Deux heures après l'accouchement cette femme fut transportée dans la salle X...; suites de couches naturelles.

La circulation placentaire était-elle commune ?

OBSERVATION XLII

Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie (25 octobre 1891), p. 471.

Revue anglaise. — Bentlif. — Avortement trigémellaire.

Appelé près d'une dame, souffrant du dos et du bas-ventre, l'auteur constata qu'elle est enceinte de 4 mois. A l'examen, il trouve dans le vagin et extrait un fœtus suivi bientôt d'un second qui se présente par les pieds: Nouvelle douleur et expulsion de deux placentas. Au bout de quelques minutes, reprise des douleurs et expulsion d'un troisième fœtus et d'un troisième placenta. Pas d'hémorrhagie et convalescence rapide.

OBSERVATION XLIII

Maternité.

Avortement gémellaire 5 mois 1/2. — Deux sommets. — Hydramnios des deux œufs. — Phénomènes du début de la grossesse très accusés. — *Les deux placentas expulsés avant le deuxième enfant.*

La nommée G..., femme Bouc, 26 ans, multipare, bonne constitution, bassin normal, réglée à 12 ans et depuis régulièrement 8 jours par mois. A déjà eu deux enfants à terme, le pre-

mier spontanément par le sommet; elle ne se souvient pas de la présentation du second, mais elle assure qu'il est né artificiellement. L'existence de sa grossesse fut signalée par la suppression des règles qui apparurent pour la dernière fois du 1^{er} au 8 janvier 1879.

Rachialgies, odontalgies, lypothymies, épistaxis, crampes aux membres inférieurs, puis elle sentit les mouvements de son enfant.

Le 17 juin, à 10 heures du matin, elle éprouva de fortes douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Elle vint à la Maternité à midi. Arrivée à la salle d'accouchements, on remarqua tout d'abord le volume exagéré de son ventre pour l'époque où elle croyait sa grossesse arrivée. Par le palper, le ventre était très tendu et on sentait de petites parties fœtales partout et une tête qui ballottait à droite et en avant.

Rien à l'auscultation.

Au toucher, on trouvait la dilatation complète, une énorme poche d'eau remplissait l'excavation et aucune partie fœtale n'était distincte. A midi 15 minutes, les membranes se sont rompues, laissant échapper une grande quantité de liquide amniotique, et l'expulsion d'un fœtus, garçon vivant, du poids de 930 grammes, eut lieu. Il mourut à 4 h. 1/2 du soir.

Le ventre conservait à peu près le même volume après cette expulsion. Aucun bruit du cœur. Au toucher, orifice complètement dilaté et une deuxième poche d'eau aussi volumineuse que la première et aucune partie fœtale.

Les contractions se sont réveillées, les membranes se sont rompues à midi 1/2; on sentait une petite main, et avant d'y arriver on sentait un placenta.

M^{me} Callé vint examiner cette femme. Trouvant un placenta dans le vagin, elle en fit l'extraction. Derrière lui, il en vint un

second poussé par la tête du deuxième enfant qui était une fille morte pesant 850 grammes. Il était 1 h. 10 minutes du soir.

L'utérus se rétracta bien, la femme ne perdit pas. Elle partit guérie le 25 juin.

Il y a des femmes à terme, chez lesquelles le travail s'opère sans qu'elles en aient conscience ; tout le monde connaît l'importance de ces faits au point de vue médico-légal. Cette importance ne serait pas moindre dans le cas d'avortement gémellaire chez une femme dans ces conditions. De plus, la question se complique ici de la présence d'un deuxième enfant.

J'ai trouvé un cas de ce genre dans les registres de la Maternité ; le voici.

OBSERVATION XLIV

Avortement de 5 mois. — Femme ne souffrant pas pendant le travail. Le premier enfant tombe, la femme étant debout. — Rupture du cordon. — Le deuxième enfant vint par le siège. — Placentas complètement séparés.

P..., 35 ans, multipare, entre le 4 mars, à 4 h. du soir. Col effacé, quoique les contractions ne se manifestaient pas. Le 5 mars à 6 heures du matin, le travail s'étant déclaré probablement depuis longtemps, cette femme accoucha dans la position verticale, d'un enfant de très petit volume. Personne n'étant près de la malade, l'enfant tomba à terre, et le cordon fut rompu au niveau de l'ombilic. Un vaisseau semblait même être rompu à l'intérieur de l'abdomen. L'enfant perdait du sang ; on exerça une compression avec le doigt, environ un quart d'heure ; ensuite on opéra une ligature : on fit saillir l'anneau ombilical et on fit la ligature des

vaisseaux ombilicaux, puis deux épingles furent placées sur les saillies que forme la cicatrice ombilicale. Cela fait, l'enfant ne perdit plus de sang ; il était du terme de 5 mois. Il succomba quelques heures après sa naissance. Pendant qu'on donnait des soins à l'enfant, la mère fut examinée, et on constata qu'il y avait un autre fœtus ; la poche d'eau bombait, et à travers, on sentait de petites parties qui furent reconnues pour appartenir à l'extrémité pelvienne. Les douleurs étaient fortes, les membranes se rompirent. La hanche gauche vint se placer sur la commissure antérieure du périnée. La délivrance n'offrit rien de particulier. Il y a deux masses placentaires complètement séparées.

Poids du premier fœtus 700 grammes, longueur 20 centimètres.

Poids du deuxième fœtus 400 grammes, longueur 20 centimètres.

Peut-il y avoir des cas de dystocie dans l'avortement gémeux ?

Je n'en ai point trouvé ; nous avons vu par ce qui précède que ce n'est guère possible, en raison du petit volume des fœtus.

Mme Lachapelle et Erwin ont vu le menton de l'enfant, dont le tronc était sorti, accrocher le menton de l'autre. « Heureusement, il s'agissait d'avortons qui purent être expulsés dans l'ordre suivant : Tronc du premier, tête du second. Tête du premier, tronc du second. » C'est le cas le plus grave qui puisse se présenter, et comme on le voit, il ne met pas grand obstacle à l'avortement. Cependant à six mois, cette complication pourrait occasionner quelque difficulté, surtout chez les primipares.

Mais il faut se rappeler que dans le cas de jumeaux les

fœtus sont toujours d'un volume moindre que si la grossesse était simple.

S'il n'y a pas à proprement parler de dystocie dans l'avortement gémellaire il peut y avoir des complications.

Arm. V. Scott, de Philadelphie, rapporte l'observation suivante, *in Amer. Journ. of obst.*, january 1880.

C'est un cas d'inversion utérine spontanée après un avortement.

OBSERVATION XLV

Femme enceinte de 5 mois. Avortement. Pas de tractions sur le fœtus.

Pas de tractions sur le cordon. Le placenta est expulsé spontanément sans tractions sur le cordon, sans compression du fonds de l'utérus.

Etat grave de la femme. Au toucher, on sent deux cotylédons adhérents à la surface de l'utérus. La réduction a été facile.

A ce propos, l'auteur rapporte 5 autres cas d'inversion utérine spontanée à la suite d'un avortement.

Si l'inversion spontanée peut se produire dans l'avortement simple il pourrait également, et même avec plus de raison, compliquer l'avortement multiple.

Mais il y a un accident qui se produit quelquefois et que l'accoucheur peut éviter s'il est prévenu, comme il doit l'être. Nous avons vu que le fœtus est parfois expulsé très rapidement, et avec force ; or, il peut arriver que chez des primipares cette expulsion brusque amène une déchirure du périnée. Mais, je l'ai dit, il suffit d'être prévenu de la possibilité de cet accident pour l'éviter.

Si le plus souvent, les deux enfants sont expulsés ensemble il n'en est pas toujours ainsi. L'utérus, débarrassé de la cause d'irritation, ou soulagé par l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique, arrête ses contractions ; le col revient sur lui-même, se reforme, emprisonnant le second œuf, qui continuera à se développer dans la cavité utérine. Quoiqu'ils ne soient pas fréquents, ces faits ne sont pas des plus rares.

J'ai rapporté l'observation d'Hippocrate. Smellie en relate d'autres (*in observations sur les accouchements*). MDCCLXXVII T. II, p. 98).

OBSERVATION XLVI

En 1728, on vint me chercher pour secourir une femme de la campagne, à laquelle il était survenu une violente perte de sang, dans le quatrième mois de sa grossesse. Mais avant que j'eusse eu le temps de me rendre chez elle, environ à quatre milles de l'endroit où je demeurais, elle avait fait une fausse couche, par laquelle, elle s'était délivrée d'un petit fœtus et de son arrière faix. Cette délivrance arrêta sa perte. Cependant, comme on l'avait délivrée précédemment de deux enfants à la fois, dans trois couches différentes, je crus devoir examiner le vagin et je trouvai l'orifice interne si contracté, que je pouvais à peine y introduire le bout de mon doigt. Le col de la matrice me paraissait avoir environ un pouce de largeur : immédiatement au-dessus, je sentais une dilatation de la matrice assez considérable qui s'étendait sur les côtés et sur le devant. Comme cette femme n'avait dormi que très peu la nuit précédente, je lui ordonnai un mélange parégorique, dans lequel on fit entrer 30 gouttes de laudanum liquide, dont on lui fit prendre deux cuillerées, de deux heures en deux heures, jus-

qu'à ce qu'elle fut débarrassée de quelques légères douleurs qui la tourmentaient encore, et qu'elle fut endormie.

Au bout de deux jours, cette femme se trouve tout à fait sans douleurs. Environ trois mois après, son mari vint avec elle me consulter chez moi ; elle me dit alors que depuis sa fausse couche elle n'avait point été réglée du tout, et que son ventre était devenu très gros, circonstance qu'elle attribuait à une hydropisie, ou plutôt à une tympanite, ajoutant qu'elle sentait très souvent des vents se mouvoir dans son corps. En examinant le bas-ventre et le vagin de cette femme, je reconnus manifestement qu'elle était enceinte et au huitième mois de sa grossesse ; sur quoi je lui certifiâi que les vents dont elle se plaignait n'étaient autre chose que les mouvements de son enfant ; lui faisant observer que selon toutes les apparences elle avait conçu deux enfants à la fois, comme cela lui était arrivé précédemment, et que quoiqu'elle eut fait une fausse couche d'un, cet incident n'avait point empêché l'autre de rester et de croître jusqu'au terme ordinaire.

Au bout de neuf semaines environ, mon pronostic se trouva confirmé par son heureux accouchement, et par la naissance d'une fille qui vint parfaitement à terme.

OBSERVATION XLVII

Environ trois ans après cet événement, on vint me prier d'aller au secours d'une femme qui avait pareillement été prise d'une perte, étant pour lors au sixième mois de sa grossesse ; il est vrai que cette perte n'était pas fort considérable, mais elle durait depuis huit jours lorsqu'on envoya me chercher. Cette femme avait aussi rendu quelques eaux sans douleurs, et elle exhalait une odeur cadavéreuse.

J'appris que le jour précédent la malade avait eu quelques légères douleurs, et qu'elle avait rendu par le vagin quelques petits

osselets. En les examinant, je reconnus que c'étaient les os des jambes et des bras d'un fœtus. Je pouvais à peine introduire le bout de mon doigt dans l'orifice interne, cependant le col de la matrice me paraissait plus dilaté qu'il n'aurait dû l'être ; et au-dessus de ce col la matrice avait assez de volume. Les linges dont on enveloppait la malade étaient imbibés d'une évacuation séreuse, qui leur donnait une coloration brunâtre et une odeur putride. Cette femme se chagrinait beaucoup ; elle avait les esprits abattus, ne dormait que très peu ou point du tout depuis quelque temps, et avait le ventre très serré. J'ordonnai qu'on lui donnât sur le champ un lavement laxatif, etc. Par ces moyens, elle devint tranquille, toutes ses douleurs se dissipèrent, et j'appris le lendemain que pendant la nuit, elle avait évacué le restant des os et de l'arrière faix d'un fœtus. Je lui fis néanmoins garder la chambre et même le lit pendant quelques jours, et lui ordonnai un mélange cordial avec quelques doses de blanc de baleine, à la sollicitation de quelques femmes qui l'entouraient.

Environ deux mois après cette fausse couche, on vint de nouveau me prier de l'aller voir. Elle me dit qu'elle avait l'estomac plein de vents, qu'elle était naturellement tourmentée d'une colique des plus violentes et que depuis trois jours elle n'avait point du tout été à la selle. Cette femme était assez fluette, en lui tâtant le bas-ventre il me fut très aisé de voir qu'elle avait la matrice fort distendue et qu'elle montait jusqu'au-dessus du nombril. Ces circonstances me firent naître l'envie de lui examiner le vagin ; je la touchai. Pour lors, je sentis l'orifice interne complètement dilaté ; les membranes étaient descendues avec leurs eaux très bien formées, et au travers de ces eaux, j'aperçois sensiblement les bras, les épaules et le cordon ombilical d'un fœtus. Cette femme fut agréablement surprise lorsqu'elle m'entendit dire qu'elle était en travail d'enfant, et qu'elle allait accoucher, quoiqu'elle ne fut encore qu'au sixième ou septième mois de sa grossesse. J'ordon-

nai qu'on la mit au lit sur le champ. On assembla toutes ses com-
mères, et à sa grande satisfaction, je la délivrai d'un enfant mâle,
qui était à la vérité très petit, mais qui néanmoins s'est assez bien
fait nourrir, en tétant d'abord une autre femme, puis sa mère
qui avait perdu précédemment, deux enfants.

Si la matrice renferme plus de deux enfants, un seul ou
deux peuvent être expulsés, et le troisième aller jusqu'à
terme. Michaëlis en donne un exemple dans une observation
analysée, in *News Zeitschrift fur Geburtskunde*, 1840,
p. 445.

OBSERVATION XLVIII

Grossesse triple, ou après expulsions de 2 fœtus, non à
terme, le troisième vint à terme.

Femme qui le 1^{er} avril 1838 accoucha de deux garçons morts,
non à terme, et qui le 10 juillet mit au monde un troisième en-
fant vivant et tout à fait à terme.

OBSERVATION XLIX

Dans la *Revue médicale de Toulouse*, 1872, M. Lafforgue rap-
porte un cas d'accouchement gémellaire quadruple, prématuré,
dans lequel trois enfants furent expulsés le même jour, les deux
premiers par le sommet, le troisième par le siège.

25 jours après, expulsion du quatrième fœtus et de son pla-
centa, macéré. Ce dernier fœtus paraissait être arrivé au cin-
quième mois.

Deux des enfants étaient dans une poche unique, séparés seu-

lement par la membrane amniotique. Les deux autres avaient un placenta séparé.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher pourquoi l'avortement reste incomplet, en un mot, quelles sont les causes qui favorisent la rétention dans l'utérus, la non expulsion du second fœtus ? C'est un point qui est important au point de vue de la conduite à tenir.

Quand l'avortement a lieu vers le troisième ou le quatrième mois, il y a des causes qui tiennent exclusivement à l'âge de la grossesse : 1° l'utérus à cette époque de la gestation n'est pas très apte à se contracter ; 2° le col est long, il ne s'efface pas et ne se dilate pas ; il est un obstacle à la sortie du second œuf. Il est aussi trop souvent un obstacle à la sortie du placenta du premier fœtus, ce qui devient une complication ; 3° les œufs sont moins adhérents entre eux et à la paroi utérine qu'ils ne le seront plus tard ; leur séparation est plus facile.

Mais en dehors de ces causes qui tiennent à l'âge de la grossesse, il y en a d'autres, qui rendent possible dans certains cas, naturelle dans d'autres, ou facilitent la rétention du second œuf dans la cavité utérine ; ce sont :

- 1° La disposition anatomique des membranes ;
- 2° La duplicité de la matrice ;
- 3° La superfétation.

1° Disposition anatomique des membranes.

Un fait frappe tout d'abord à la lecture des observations d'avortement gémellaire, dans lesquels un des fœtus a conti-

nué sa vie intra-utérine, après l'expulsion de l'autre : toujours il y avait deux œufs.

Ici, je n'ai qu'à reproduire ce qu'ont dit MM. Tarnier et Chantreuil dans leur *Traité classique sur la disposition des membranes dans la grossesse gémellaire*.

Les membranes se présentent sous trois aspects différents :

1° Dans la première variété, il existe deux chorions et deux amnios disposés de manière à former une loge spéciale pour chaque fœtus. La caduque est unique. Pour expliquer cette disposition, on suppose que les deux ovules en sortant de la trompe se sont greffés sur la face interne de l'utérus, à une certaine distance l'un de l'autre, et se sont développés isolément, chacun avec ses membranes, qu'en se développant ainsi, ils se sont peu à peu rapprochés et finalement se sont mis en contact. Au début, chaque œuf avait donc une caduque réfléchie, de sorte que la cloison de séparation était formée de six feuillets : les deux amnios, les deux chorions et les deux caduques accolées l'une à l'autre. Mais bientôt celles-ci subissent un travail de résorption qui les fait disparaître, de telle sorte qu'une seule caduque enveloppe les deux œufs : Les fœtus sont donc séparés par une cloison épaisse formée seulement de quatre feuillets : deux chorions, deux amnios.

Les deux placentas sont complètement séparés l'un de l'autre, ou réunis seulement par un pont membraneux. Les deux circulations fœtales sont indépendantes. Chaque fœtus est relié à son placenta par un cordon ombilical.

On comprend très bien qu'avec cette disposition des membranes un des fœtus puisse être expulsé avant terme, tan-

dis que l'autre continue à se développer dans la matrice pour naître quelques mois après la fausse-couche.

2^o Dans la deuxième variété, le chorion est commun, chaque fœtus n'a qu'une enveloppe particulière, constituée par l'amnios, et la cloison médiane est formée par l'adossement des deux amnios.

Pour expliquer cette disposition, on suppose que les deux ovules provenant du même ovaire, ont cheminé ensemble et sont venus se greffer en contact l'un avec l'autre, sur la face interne de l'utérus. Une caduque unique les a enveloppés, et la cloison de séparation était formée primitivement de quatre membranes, deux amnios, et deux chorions adossés l'un à l'autre. Le travail de résorption a fait disparaître ces derniers comme il a fait disparaître les caduques dans la variété précédente.

Les placentas sont réunis en une seule masse, mais les circulations des deux fœtus sont ordinairement indépendantes, ce n'est qu'exceptionnellement qu'il existe une communication entre leurs systèmes circulatoires ; les anastomoses s'établissent alors entre les vaisseaux dissociés du cordon qui rampent à la surface fœtale des placentas avant de pénétrer dans l'épaisseur des cotylédons. Comme le fait remarquer Jacquemier, ces anastomoses sont surtout veineuses et ne portent que sur les grosses branches ; on n'en rencontre pas de profondes, c'est-à-dire qui s'effectuent par les capillaires.

Chaque jumeau a sur le placenta comme un département particulier que l'on peut injecter isolément. Il existe deux cordons distincts, indépendants dans toute leur longueur.

Lorsque les choses sont ainsi disposées, on comprend faci-

lement que l'un des fœtus étant mort, l'autre puisse continuer à se développer jusqu'à terme. Mais il est facile de prévoir que l'expulsion de l'un des jumeaux doit être presque toujours suivie de celle de son congénère.

3° Dans la troisième variété les fœtus sont enfermés dans la même cavité amniotique, et aucune cloison ne les sépare. Pour expliquer cette disposition, on a recours à l'hypothèse de deux germes préexistant dans l'ovule. Mais l'amnios émanant de l'embryon, on devrait toujours avoir autant d'amnios que de fœtus : aussi admet-on qu'il existe primitivement deux amnios complets et distincts, puis la cloison intermédiaire formée par les deux feuillets amniotiques adossés, se résorberait graduellement, et il ne resterait plus, à la fin de la grossesse, qu'une enveloppe unique pour les jumeaux. Les placentas dans ces cas exceptionnels forment toujours une masse unique ; ils ont généralement une circulation commune, c'est à dire qu'il existe entre les deux organes des communications nombreuses ; mais ce fait n'est pas constant. Tantôt on trouve deux cordons qui partent de points opposés du placenta ; tantôt, il n'y a qu'une seule tige ombilicale qui se divise à quelque distance de son insertion placentaire, en deux branches se rendant chacune au fœtus qui lui correspond ; mais cette dernière disposition est rare. »

Dans ce dernier cas, on comprend facilement que l'expulsion de l'un des fœtus entraînera fatalement celle du second. Je n'ai pas trouvé d'observation du contraire.

2° *L'utérus double.*

Cette conformation anormale de la matrice facilite au plus

haut point la rétention du second fœtus. On se trouve pour ainsi dire en présence de deux grossesses. Séparés qu'ils sont par la cloison utérine, les deux œufs n'ont entre eux absolument aucun rapport. Les membranes ne sont pas accolées ; aucun pont membraneux ne réunit les placentas. Que l'un des fœtus vienne à succomber, ou que pour une autre cause, un des utérus entre en contraction, le travail s'opère, l'avortement a lieu. Sans doute, cette révolution ébranlera l'utérus voisin, le sollicitera à se contracter, sans que toutefois celui-ci cède fatalement à ces sollicitations. Et encore quand il cède le second travail ne se déclare-t-il, que douze, vingt-quatre, quarante-huit heures après le premier, comme on le voit par une observation de Butler Smith, reproduite dans la *Lancet*, 12 déc. 1885, p. 1090, et analysée in *Gazette médicale*, 6 fév. 1886, p. 69.

Au septième mois de sa grossesse, une femme est renversée par une voiture. Cinq jours après, accouchement d'un fœtus mâle. Les coliques utérines persistent pendant 48 heures : accouchement d'un second fœtus plus petit que le premier et d'un second placenta avec ses membranes.

A l'examen, on trouve deux vagins. Perforation de la cloison anto-postérieure immédiatement au-dessus des deux cols. Les deux cols offrent des cicatrices.

Le diagnostic de grossesse bilatérale avait été fait après coup.

Je n'insiste pas sur ce point qui n'a guère besoin de démonstration ; et, j'aurai d'ailleurs à y revenir à propos du paragraphe suivant, sur la superfétation.

3° *La superfétation.*

Il paraîtra peut-être téméraire de ma part d'avancer ainsi le mot de superfétation. C'est qu'aujourd'hui les faits se sont accumulés. La superfécondation ou fécondation de deux ovules à plusieurs jours d'intervalle, mais dans la même période d'ovulation, est admise, et la superfétation ne semble plus guère contestable. Si quelques accoucheurs en doutent encore la plupart l'admettent.

Qu'entend-on par superfétation ? La fécondation de deux œufs, non dans la même période d'ovulation. Ce n'est pas sortir de mon sujet que d'aborder cette question. En effet, si la superfétation existe, on s'explique facilement que le premier produit de la conception étant expulsé, le second puisse continuer sa vie intra-utérine.

Supposons une femme enceinte déjà de deux ou trois mois, de nouveau fécondée. Le second œuf n'aura que peu de rapports avec le premier ; il aura un placenta indépendant, ses membranes ne seront que lâchement accolées à celles de l'œuf voisin, si elles le sont. Que pour une raison ou pour une autre, l'utérus vienne à se contracter, que l'avortement se déclare, le premier œuf pourra être chassé, sans entraîner fatalement dans sa chute, le second, lequel n'a avec lui que peu d'attaches.

D'autre part, le premier œuf expulsé, l'utérus fatigué aura peu de prise sur le second, en raison même de son petit volume. Ce second fœtus restera donc dans la matrice et continuera à s'y développer.

La superfétation nous explique également que le premier

œuf fécondé puisse être indemne des maladies que peut acquérir la mère, au moment de la fécondation d'un second ovule ; ou inversement, que ce second ovule soit sain et le premier contaminé.

La superfétation n'est donc pas sans importance au point de vue qui nous occupe.

Les anciens ne niaient pas son existence. Ils la croyaient possible, mais seulement, dans les cas où il y avait un utérus double, ou bien, en même temps que la grossesse utérine, une grossesse extra-utérine.

Velpeau rapporte toutes ces histoires de superfétation à : 1° des grossesses doubles, dans lesquelles un des fœtus mort longtemps avant terme, s'est conservé dans les membranes, pour n'être expulsé qu'avec celui qui avait continué de vivre ; 2° à des grossesses de jumeaux inégalement développés, ou nés à des termes différents ; 3° à des cas de grossesses extra-utérines, qui n'ont pas empêché la grossesse utérine ; 4° enfin à des cas d'utérus bicornes.

Dugès prétend : que la possibilité de cette dernière (superfétation) n'est aujourd'hui généralement admise que pour les cas où il existe un utérus double ; de sorte qu'une cavité est encore apte à recevoir un nouveau produit, tandis que l'autre est déjà occupée.

Joulin, *Traité d'accouchement*, 1867, p. 739, dit que : la superfétation n'est possible que : 1° lorsque les deux conceptions ont lieu à quelques jours d'intervalle ; 2° dans les cas d'utérus bicorne ; 3° lorsqu'une femme portant un fœtus extra-utérin est de nouveau fécondée.

Pour les anciens, il semble donc que tout l'obstacle résidait dans l'absence de passage permettant aux spermatozoaires

de cheminer jusqu'à l'ovule ; ils ne semblent pas douter que l'ovulation puisse se produire pendant la grossesse. Pour eux, l'œuf dans la cavité utérine était un obstacle insurmontable ; aussi, ne voyaient-ils la superfétation possible que dans les cas d'utérus double, ou de grossesse extra-utérine. C'est une condition favorable sans doute, mais ce n'est pas là que réside la difficulté.

Nous savons aujourd'hui que le véritable obstacle n'est pas le passage.

« En somme, dit M. Budin, que faut-il pour qu'il y ait superfétation ?

Des spermatozoaires. Un passage libre. Un ovule.

Or, les spermatozoaires font rarement défaut.

Le passage est libre, au moins pendant les trois premiers mois, comme l'ont démontré les travaux de Coste.

Schröder et Duncan détruisent très logiquement les arguments de ceux qui prétendent que les spermatozoïdes ne peuvent arriver jusqu'à l'ovule.

« Les raisons habituellement invoquées contre la possibilité de la superfétation, dit Schröder, gonflement de la muqueuse, dimensions de l'œuf qui se développe, bouchon muqueux du col, ne sont pas absolument convaincantes pour la fin du premier mois, ni peut-être pour le deuxième et le troisième, puisque d'une part, un œuf peut à cette époque arriver de la trompe dans l'utérus, et que d'une autre part, le sperme peut parvenir à travers le col, jusqu'à l'œuf. En réalité, la jonction de la semence et de l'œuf n'est impossible qu'à partir de la douzième semaine, quand la caduque vraie et la caduque réfléchie se sont soudées.

« Dans les cas d'utérus double, l'état de la moitié qui n'est

pas gravide, n'oppose à aucune époque, un obstacle absolu ni à l'arrivée de l'œuf ni à celle de la semence.

« On ne pourrait par conséquent invoquer contre la possibilité de la superfétation, dans le cas d'utérus double pendant toute la durée de la grossesse, dans le cas d'utérus simple, pendant le premier et même le deuxième et le troisième mois, aucune raison valable, s'il était démontré d'une façon précise que pendant la grossesse des ovules sont encore expulsés de l'ovaire. Cette question, lorsqu'il s'agit de la superfétation, est de beaucoup la plus importante. »

M. Duncan, in *Researches in obstetric practice*, est très explicite. Dans une autopsie faite à la huitième semaine, il voit les deux caduques laisser entre elles un intervalle, et permettre la perméabilité des orifices tubaires et utérins. Il cite du reste une planche de Coste. Donc, dit-il, les deux caduques jusqu'à la fin du deuxième et même du troisième mois, ne seraient pas appliquées exactement l'une sur l'autre : Elles peuvent permettre le passage des spermatozoïdes puisqu'elles permettent le passage des règles. Donc en supposant qu'il y ait ovulation, les règles sont parfaitement possibles pendant la grossesse. »

« Le bouchon gélatineux du col qu'on dit exister pendant la grossesse, existe aussi en dehors de la grossesse, et n'empêche pas l'écoulement des règles. Mais, du reste, ce bouchon muqueux, on peut ne pas le trouver dans le col utérin en faisant l'autopsie d'une femme morte pendant la grossesse. »

Cassedevant, dans sa thèse, prétend qu'il existe jusqu'au huitième mois, un espace suffisant entre les deux caduques pour laisser écouler les règles.

Aujourd'hui donc un seul point est contesté, l'ovulation.

L'ovulation peut-elle se continuer pendant la grossesse?

« Je crois, dit Négrier, que pendant la grossesse, le travail vésiculaire ne paraît pas entièrement suspendu, et qu'il peut continuer à s'effectuer jusqu'à moins dilatation de la vésicule. »

Dubois et Pajot cités dans la thèse de Cassedevant, prétendent que c'est là un fait plus commun qu'on ne pense. Dans ces cas, d'après ces auteurs, la vésicule décroît graduellement et rentre dans ses conditions premières.

Dans son livre sur l' « *ovulazione durante la gravidanza* » p. 248, Daniele Bajardi cite les diverses opinions émises sur ce sujet, puis il donne le résultat de l'examen de 24 ovaires de femmes mortes portant la gestation. Il cite en particulier le cas d'une femme morte 18 heures après être délivrée. L'examen microscopique et macroscopique de l'ovaire démontra l'existence d'un follicule qui s'était rompu à la superficie de la glande, et qui présentait encore à côté et entre les lèvres de la petite plaie, des traces de l'hémorrhagie, pendant que tout le reste était occupé par une néoformation jaune, récente, dont le volume correspondait à un tiers de celui du corps jaune vrai existant dans l'autre ovaire.

Il cite plusieurs exemples et conclut que : durant la gestation l'évolution des follicules de de Graaf continue.

Le Dr William Duck cite un cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine, dont l'un des œufs était plus petit que l'autre. A l'autopsie, on trouva deux corps jaunes distincts.

Cassedevant, dans son intéressant travail sur la menstruation pendant la grossesse (th. de Bordeaux, 1882) après avoir rapporté des faits de menstruation des plus régulières pen-

dant la grossesse ; des observations de femmes réglées seulement pendant leur grossesse ; après avoir établi que cette menstruation est bien liée à l'ovulation arrive aux conclusions suivantes :

1° La menstruation a lieu normalement par ovulation ;
2° pendant la grossesse, il y a des pertes sanguines qui se présentent avec tous les caractères habituels aux règles. D'où conclusion naturelle et rationnelle : Du moment que les règles dans l'état de vacuité ont lieu par ovulation, elles ont également lieu par ovulation pendant la gestation.

Il n'y a aucune preuve de l'impossibilité de l'ovulation pendant la grossesse. Deux faits au contraire prouvent sa possibilité : le rut chez les animaux pendant la portée ; la superfétation chez la femme. Alors, Cassedevant pose la question qu'il vient presque de résoudre : La superfétation est-elle possible ? Oui, répond-il, et elle est prouvée par : 1° l'expulsion de deux fœtus à la même époque, présentant un développement très inégal ; 2° l'expulsion de deux fœtus à un intervalle plus ou moins considérable.

Il rapporte ensuite de nombreuses observations, que je ne reproduis pas ici, parce qu'elles sont très connues. Je renvoie ceux qu'elles pourraient intéresser, à son travail, et à la thèse de Ganahl.

Je me bornerai à en citer de plus récentes. En voici deux prises dans les *archives de tocologie*, de 1887 et de 1889.

La première est un cas de superfétation par le Dr Gilles.

OBSERVATION L

Le 6 août 1886, Mme H..., qui avait été rendre visite à sa mère,

fut prise soudainement d'un commencement de travail, et le Dr Mann fut appelé. Il reçut un fœtus d'environ 4 mois et demi, qui naquit à huit heures du soir. Etant obligé de se rendre auprès d'une autre malade, à 11 heures le même soir, le Dr Mann me fit appeler, et me pria de m'assurer si M^{me} H... ne portait pas un second enfant. En effet, la palpation me révéla la présence d'un autre fœtus, et j'en fis l'extraction. Cet enfant naquit vivant. Le premier était mort. Le dernier avait environ 14 pouces de long, et pesait 4 livres. Il avait toutes les apparences d'un enfant de 7 mois et demi. Cet enfant vécut de deux à trois heures. Les deux placentas étaient parfaitement distincts; le deuxième présentait une grande largeur. Les poches amniotiques étaient également séparées. Il est évident, ajoute l'auteur, que chez cette femme une grossesse existait déjà depuis 2 mois et demi à 3 mois quand une nouvelle fécondation eut lieu, le second œuf s'était développé indépendamment du premier. J'ai conservé le deuxième fœtus, le premier ayant été enterré avant que je fusse appelé de nouveau. Je ne puis dire si la mère a un utérus bifide, car la femme jusqu'à ce jour s'est toujours bien portée.

OBSERVATION LI

L'observation suivante est du Dr Rivière. — Grossesse gémellaire.

— Avortement accidentel à 4 mois. — Expulsion de deux fœtus de volume très différent, bien que leur mort paraisse également récente.

L... M..., 39 ans, marchande dans les rues, présente au point de vue héréditaire une histoire intéressante. Sa mère, en effet, a eu une grossesse gémellaire; sa cousine germaine a accouché aussi de deux jumeaux, enfin, son mari, marié une première fois, a eu de sa première femme une grossesse gémellaire. Elle-même

a déjà eu neuf enfants, plus une fausse couche accidentelle. Elle est donc enceinte pour la onzième fois. Ses dernières règles ayant apparu le 25 juillet 1885, sa grossesse date probablement des premiers jours d'août.

Le 15 décembre, étant enceinte de 4 mois environ, elle fait en courant une chute sur les reins. On la relève, et dans la journée, elle est prise de vomissements, éprouve d'assez vives douleurs lombo-abdominales, et perd un peu de sang. Elle n'en reprend pas moins son travail le lendemain, mais continue à perdre du sang et à souffrir pendant 3 jours. Dans la nuit du 18 au 19, les douleurs deviennent plus vives, la perte de sang plus abondante, et bientôt la poche des eaux se rompt, et le liquide amniotique s'écoule au dehors.

On l'apporte vers minuit à la clinique; presque aussitôt, elle expulse spontanément un premier fœtus; quelques minutes après, on retire du vagin un deuxième fœtus, notablement plus petit. Les deux fœtus sont morts depuis peu, et paraissent avoir succombé en même temps. Le vagin est rempli de caillots plus ou moins volumineux, et d'une odeur infecte, aucune injection n'ayant été faite depuis les premiers accidents.

La délivrance ne se fait pas; on se contente de donner à la patiente des injections vaginales fréquentes, répétées dans la journée toutes les 2 heures.

Vers le soir, la femme éprouve le besoin de pousser et expulse un arrière faix, composé de deux poches complètes, avec placentas indépendants. Leur face utérine est tapissée de caillots adhérents, qui rendent leur examen difficile. Une injection utérine chaude ramène des débris mélangés de caillots et de parcelles placentaires, d'une odeur nauséabonde. Les suites de couches sont bonnes, grâce aux précautions antiseptiques prises pour éviter toute chance d'infection.

L'examen des deux fœtus est des plus intéressants :

Le premier fœtus expulsé, mesure de 15 à 17 centimètres ; il est mort depuis peu de temps, car ses tissus n'ont subi aucune altération, il est du sexe masculin. Le sillon génital soudé par ses bords, forme un canal complet, le scrotum est lui aussi soudé sur la ligne médiane ; le gland avec son prépuce, les corps caverneux sont nettement formés ; la prostate est parfaitement reconnaissable. Les sutures et les fontanelles sont perceptibles, quoique encore très larges ; les arcs vertébraux sont complètement soudés. Les muscles des membres inférieurs ont leur couleur rougeâtre caractéristique ; les ongles des extrémités sont formés. C'est bien le développement d'un fœtus de 4 mois.

Le deuxième fœtus est beaucoup plus petit ; il mesure 9 centimètres à peine ; ses tissus ne sont pas plus altérés que ceux du premier ; sa mort doit évidemment remonter presque exactement au même moment, les deux poches des eaux paraissant s'être ouvertes simultanément. La distinction du sexe est déjà moins facile ; on peut néanmoins affirmer que le fœtus est lui aussi du sexe masculin. Mais le sillon génital n'est pas encore soudé et constitue une véritable gouttière ; le scrotum n'est pas réuni sur la ligne médiane ; la verge est néanmoins formée suffisamment pour qu'on puisse déterminer le sexe ; on ne trouve pas la prostate. Les os du crâne sont encore cartilagineux et il est presque impossible de distinguer à travers la peau les sutures et les fontanelles. Les arcs vertébraux, sauf peut-être à la région lombaire, ne constituent pas d'anneaux complets. Les muscles des membres sont difficilement reconnaissables tant ils sont pâles ; les ongles paraissent à peine. Ce fœtus ne présente pas un développement aussi complet que le premier ; il semble qu'il n'ait pas plus de 3 mois de vie intra-utérine.

Donc deux fœtus, le premier d'au moins 4 mois ; le deuxième de 3 mois à peine.

Rivière à la fin de son observation ajoute : « On est bien obligé alors de songer à la superfécondation, hypothèse séduisante, que nous n'oserions défendre, mais à laquelle il nous est permis de songer dans le cas présent. » Pourquoi ne pas la défendre, puisqu'il a les armes en main ?

J'ai trouvé dans Playfair (1879) l'observation que voici :

OBSERVATION LII

Une jeune femme mariée, enceinte pour la première fois, avorta à la fin du cinquième mois, et quelques heures après perdit un petit caillot renfermant un œuf parfaitement en bon état, d'environ 1 mois. Chez cette femme, aucun signe d'utérus double. Elle *avait été menstruée régulièrement pendant tout le temps de sa grossesse*, circonstance explicable seulement par le même fait qui rend la superfétation possible.

Ne voit-on pas d'ailleurs l'ovulation se produire pendant la gestation chez les animaux. Dans l'*Amer. journ. ob obstet.*, avril-mai, 1886, Christopher a donné le résultat de ses expériences : Sur une chatte qui avait servi à des expériences de vivisection, et qui portait quatre fœtus bien développés, l'auteur trouva chacun des deux ovaires pourvu de deux saillies qu'il prit tout d'abord pour des corps jaunes de la grossesse. Mais l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de follicules de Graaf, et il put obtenir une coupe contenant l'ovule. La maturité de ce follicule et de cet ovule étaient démontrés par le volume et la position du follicule, par l'absence du péritoine sur un point du follicule, par la dégénérescence grasseuse des éléments cellulaires à ce niveau et dans le

reste du follicule. L'auteur présente ce spécimen à la Société obstétricale de Cincinnati, comme une preuve de la persistance de l'ovulation pendant la grossesse. Le fait de la maturation de follicules de Graaf pendant la grossesse a été observé par d'autres auteurs. S. L. Jepson l'a observé chez le chat.

Dans l'espèce humaine, Slavjanski a constaté la maturation d'un follicule, et la rupture récente d'un autre follicule pendant une grossesse tubaire ; dix autres cas de follicules rupturés et encore non cicatrisés ont été observés par divers auteurs dans des cas de grossesse tubaire variant de sept à douze mois (Mayhofer).

N'est-il pas plus rationnel d'admettre l'hypothèse de la superfétation pour expliquer les différences de poids et de volume des fœtus, que de supposer qu'il doit alors se passer chez la femme, ce qui a lieu chez le chevreuil, comme l'ont avancé Ziegler et Bischoff. Le rut, le coït et la fécondation du chevreuil se font fin juillet et août. L'œuf opère sa segmentation et arrive avec son volume primitif dans l'utérus. Là l'œuf séjourne et toujours sans se modifier en aucune façon, pendant quatre mois et demi, jusqu'après le milieu de décembre. Ce n'est qu'après cette époque que l'œuf commence à se développer rapidement, et la formation marche de la façon habituelle, si bien que l'accouchement se fait quarante semaines après la fécondation. On pourrait par conséquent supposer que par exception le développement d'un fœtus pourrait devenir une cause d'empêchement pour le développement d'un autre fœtus, si bien que le dernier ne pourrait se développer qu'après l'expulsion du premier. Chose absolument incompréhensible.

Mais les choses apparaissent encore mieux dans les cas d'utérus doubles. Je vais rapporter deux observations de vagin et d'utérus double, où les règles ont persisté, durant la grossesse, pendant les trois ou quatre premiers mois. J'en rapprocherai l'opinion du professeur Lefort, rapportée dans sa thèse d'agrégation.

OBSERVATION LIII

1^{re}. — Observation de vagin double avec utérus septus. Persistance des règles, pendant les trois ou quatre premiers mois, par Caporali Vincenzo.

(*Archives de tocologie*, 1880, p. 687).

C... Virginia, âgée de 21 ans, domestique et fille publique depuis 5 ans, entre à l'hôpital de Milan, le 7 mai dernier.

Ses parents sont en excellente santé, le père a 45 ans, la mère 38. Ses sept sœurs et ses deux frères sont bien constitués et ne présentent aucune anomalie des organes génitaux.

A 13 ans, première menstruation, abondante, qui dure environ quinze jours. Les règles sont depuis normales et régulières. A 17 ans, elle s'aperçoit de son vice de conformation ; les premières règles apparaissent à gauche durant dix jours, s'accompagnant de douleurs dans la région abdominale gauche et dans les lombes, de fièvre, d'une grande prostration. Ces troubles se manifestèrent à chaque époque suivante.

A 18 ans, premiers rapports sexuels à droite ; elle devient presque aussitôt enceinte, et accouche à sept mois sans cause connue, d'un enfant bien constitué qui vit encore. A 14 ans et demi, toujours à droite, avortement de trois mois. Jusqu'à 16 ans, les rapports sexuels eurent lieu par cette voie seule, vagin droit. A cette époque, elle rentre à l'hôpital de Bologne pour

un catarrhe utérin. Le professeur Camberini l'examine avec grande attention, et remarque l'existence du deuxième vagin. D'après la malade, deux hymens auraient existé ; mais les caroncules sont communs aux deux vagins.

A 18 ans, nouvelle grossesse à droite, et avortement à 3 mois, après un bain de pied chaud et sinapisé. A 21 ans, dans le courant de janvier, les règles manquant du côté gauche, depuis 90 jours, elle eut pendant 2 jours un écoulement de sang de ce côté, qui s'arrêta un jour et reprit avec une très grande abondance et continua pendant 2 semaines ; il ne céda qu'à un traitement énergique. Ce ne fut qu'avec peine et peu à peu que la malade retrouva ses forces.

On doit remarquer que dans chaque grossesse le flux menstruel, moins abondant que d'habitude, apparut cependant pendant les 3 ou 4 premiers mois.

La malade raconte que depuis 80 jours, environ, le sang qui s'écoule du vagin gauche est beaucoup moins abondant ; qu'elle a des vomissements fréquents, des malaises, de la tension et de la douleur dans les mamelles. Elle se croit en un mot enceinte du côté gauche.

L'examen montra que la grossesse n'existait pas.

OBSERVATION LIV

Cas d'utérus double. — Fall von Uterus Duplex (Henderson).

Glasc. med. J., avril 1883. *C. f. Gyn.*, 1884, p. 112.

Femme de 39 ans. Première grossesse, *réglée toutes les trois semaines pendant huit jours*, jusqu'à six semaines environ avant son accouchement. Six accouchements normaux.

La menstruation cesse pendant la lactation.

Les règles pendant la première grossesse furent plus fortes que d'habitude.

Pendant la deuxième grossesse, écoulement sanguin presque constant devenant profus au moindre effort.

Pendant la troisième grossesse, trois fois les règles surviennent.

La quatrième, cinquième et sixième grossesse furent normales.

Après le sixième accouchement, hémorrhagies. On dilate le col pour traitement. On trouve qu'il y a une cloison qui sépare l'utérus en deux cavités.

Septième grossesse qui survient, on ne sait de quel côté? probablement de la cavité gauche.

Dans le cas d'utérus double, une des matrices étant en état de gestation, les règles peuvent donc se produire et s'écouler par l'utérus libre. Mais alors, rien ne s'oppose à ce que la fécondation ait lieu par cette voie restée ouverte.

Aussi, M. le professeur Lefort admet-il la superfétation dans ces cas, dans sa thèse d'agrégation (*Des vices de conformation de l'utérus et du vagin, et des moyens d'y remédier*), il s'exprime ainsi p. 100 :

« La superfétation, c'est-à-dire l'imprégnation d'un second ovule, après la fécondation d'un premier germe, est un des problèmes de physiologie et de médecine légale, dont la solution est la plus controversée. Nous ne nous arrêtons pas à la question de savoir si cette superfétation est possible lorsqu'il existe une disposition anormale dans la conformation de cet organe (l'utérus).

Cassan dans sa thèse se prononce pour l'affirmative. Il croit que dans le cas de dédoublement, ou plutôt de dédou-

blement complet de l'utérus, la superfétation est possible, et il cite comme exemples les deux cas suivants (cas de Marquet et de M^{me} Boivin).

Lefort rapporte alors les faits de Billengren, de Taylor, de Thielman et de Giuseppe Generali (de Modène).

Voici l'observation de Billengren :

OBSERVATION LV

Probstien, femme de 40 ans, a déjà eu plusieurs enfants, sans le secours de l'art. Dans sa dernière grossesse, elle eut pendant 8 jours des hémorrhagies, et 2 jours après, elle accoucha d'un fœtus d'une longueur de 3 pouces et demi et qu'on présuma âgé de 3 mois.

En examinant la matrice, on vit qu'elle renfermait encore un enfant. Les douleurs continuèrent, mais on fut obligé pour extraire le second enfant, d'appliquer le forceps. L'enfant vint vivant, mais mourut le même jour ; il était bien constitué, bien développé et paraissait avoir 7 mois. Chaque fœtus avait son placenta distinct ; on fut obligé d'aller les chercher avec la main, et l'on vit « que la matrice, depuis son orifice interne, était divisée en deux cavités, dont chacune renfermait un placenta, ce qui ne permit pas de douter que chacun n'ait contenu un fœtus. » On ne put faire que peu d'observations sur la cloison intermédiaire, elle commençait à l'orifice interne, par un bord mousse et peu épais. Le cloisonnement était complet inférieurement ; on ne put s'assurer s'il en était de même au fond de l'utérus.

Observation de Giuseppe Generali :

OBSERVATION LVI

Une femme de Modène, pendant quelques années de mariage, avait eu 6 enfants ; en 1816, elle devint une septième fois enceinte ; il se déclara alors comme un sillon au niveau de la ligne blanche, ce qui fit croire à une grossesse gémellaire.

Le 15 février 1817, elle mit au jour un enfant vivant, vif et paraissant à terme. Le ventre ne s'affaissa que d'un côté. Le 14 mars suivant, elle accoucha d'un second enfant. Le professeur Bigmardi avait cru pouvoir annoncer l'existence d'un utérus double.

Le 16 septembre 1847 cette femme étant morte d'apoplexie, Generali fit son autopsie. L'utérus, simple et de volume ordinaire dans son col et dans son orifice, devenait double ou bicorné dans son fond : et à chacun des lobes, correspondait l'insertion d'une trompe qui allait vers l'ovaire correspondant.

Cette pièce est conservée au musée anatomique de Bologne.

Après avoir cité ces faits, le professeur Lefort, termine ainsi son chapitre sur la superfétation :

Quelle déduction peut-on tirer des faits que nous venons de rapporter ? Celle-ci d'abord, que dans les cas d'utérus bicornés, un fœtus peut être conservé dans un utérus, tandis que l'autre segment de l'organe se débarrasse prématurément du produit qu'il renferme.

Peuvent-ils entraîner d'une manière absolue la conviction quant à l'existence de la superfétation ou de la surconception ? Nous ne le pensons pas. Les adversaires de la superfétation peuvent alléguer pour le cas de Mme Boivin, pour celui de Marquet, pour ceux de Générali, de Thielman, ce

qu'on peut toujours opposer : le développement tardif de l'un des embryons. Pour le fait de Taylor, une grossesse triple ; mais on se trouve toujours placé entre deux hypothèses : 1° Le développement tardif ou accéléré d'un des jumeaux, la conservation dans l'utérus d'un fœtus mort depuis plus ou moins longtemps ; 2° L'indépendance d'action des deux utérus et la superfétation.

Entre ces deux hypothèses et sans nous prononcer d'une manière absolue, nous nous croyons cependant autorisés à accepter comme réelle la possibilité de la superfétation, dans le cas d'utérus bipartitus. »

Voici deux autres observations plus récentes.

OBSERVATION LVII

Bayard cite l'observation d'une femme de 48 ans, ayant déjà eu 14 enfants. Elle mit au monde deux jumeaux de 4 mois $1/2$ et 1 mois après elle expulse un autre œuf de six semaines. Examen des organes génitaux. Utérus double. Orifice commun. (Sourice, Th. de Paris, 1884).

OBSERVATION LVIII

Femme, 25 ans, mariée depuis 5 ans, un avortement, et un accouchement à terme un an auparavant. Grossesse de trois mois. Hémorrhagies et douleurs. Examen : vagin double et utérus double. L'un des utérus, alors qu'on n'avait pas encore vu qu'il y avait un vagin double, avait été pris pour une tumeur péri-utérine.

Expulsion de l'utérus gauche d'un embryon de 1 mois environ.

Trois jours plus tard, expulsion de l'utérus droit d'un œuf de trois mois environ, suites de couches normales. (Ssotschawa. — C. f. Gn. 1878, p. 406.)

L'ovulation pendant la grossesse, et en un mot, la superfétation peut donc avoir lieu dans le cas d'utérus double.

Mais alors, pourquoi ne pas l'admettre dans les cas d'utérus simple?

Il n'y a aucune raison pour l'admettre dans un cas et la repousser dans l'autre. Tout au plus, peut-on invoquer, lorsqu'il y a deux utérus, que l'élément fécondant peut plus facilement arriver à l'ovule.

Des faits formant aujourd'hui un nombre respectable, faits bien observés, d'une valeur authentique incontestable, existent, contre lesquels on ne peut raisonnablement s'élever, et que seule l'hypothèse de la superfétation peut expliquer.

Cette hypothèse elle-même se trouve confirmée dans les cas d'utérus simple, par une disposition particulière des membranes, signalée pour la première fois par M. Budin et observée plus tard par M. Mayrier.

(Budin. *Leçons de clinique obstétricale*).

Dans l'avortement gémellaire, donc, un des fœtus étant expulsé, l'autre peut continuer sa vie intra-utérine, et cette solution sera facilitée par la duplicité de l'utérus, la superfétation, la disposition anatomique des membranes dont nous avons parlé.

CHAPITRE VI

GROSSESSE GÉMELLAIRE INTRA ET EXTRA-UTERINE.

Pour être complet, je dois parler de faits excessivement rares de grossesse utérine compliquée de grossesse extra-utérine.

L'avortement dans ces cas se présente dans des conditions spéciales.

Dans les *Annales de gynécologie* de 1883, p. 48, on trouve sous le titre de contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine par Browne, un ensemble de 24 observations se rapportant pour la plupart à des cas d'avortement. Traduit de l'anglais par le D^r P. Rodet.

Je reproduis ici celles de ces observations qui nous intéressent.

Je me bornerai à résumer ce qu'il me semble ressortir de leur lecture :

1° Le diagnostic a rarement été fait.

2° Les tentatives d'avortement peuvent déterminer la rupture du kyste.

3° L'utérus entrant en travail d'avortement peut déterminer la rupture du kyste fœtal extra-utérin. On a alors tous les symptômes d'une hémorrhagie interne, dont la mort est la conséquence la plus ordinaire.

4° Souvent, la femme ressent tout à coup une violente douleur dans l'abdomen et meurt subitement. A l'autopsie

hémorrhagie interne, et existence de deux grossesses, dont l'une extra-utérine.

5° C'est dans le troisième mois de la gestation que ces accidents surviennent ordinairement.

6° L'œuf extra-utérin avorté peut être expulsé par le rectum ou le vagin ; l'œuf intra-utérin continuant à se développer dans la matrice pendant un temps plus ou moins long.

7° Le kyste peut se rompre à trois, quatre mois, donnant les symptômes d'une hémorrhagie interne, occasionnant de la péritonite, et la grossesse utérine arriver à terme.

8° Toute intervention visant l'œuf extra-utérin est généralement suivie de l'avortement de l'œuf utérin.

9° Les deux grossesses peuvent se développer simultanément et arriver au terme normal de la gestation.

10° Le pronostic est des plus graves. Les femmes succombent généralement. Cependant, il y a une circonstance favorable, c'est lorsque le kyste fœtal s'ouvre dans le rectum ou le vagin. Je ne parle pas des cas où il arrive à terme et se transforme en lithopédion.

11° En dehors de ces circonstances favorables, toute intervention a été funeste à la femme. Mais je dois rapprocher de ces résultats malheureux une observation du Dr Herzfeld (*Der Frauenarzt.*, nov. 1891), observation de grossesse intra et extra-utérine où une femme accouche à terme. Huit jours après, laparotomie. Enlèvement d'un kyste fœtal. Guérison.

OBSERVATION LIX

(Dr Duverney, Paris).

M^{me} B..., âgée de 21 ans, mariée depuis 10 mois, fut prise, au

troisième mois de sa grossesse en 1708 de symptômes prémonitoires de l'avortement, et expulsa un fœtus de l'utérus. Immédiatement après, elle ressentit une violente douleur suivie bientôt de collapsus et de la mort. A l'autopsie, on trouva un fœtus de 3 mois dans la cavité abdominale.

OBSERVATION LX

(D^r Williams, D. Duck).

Grossesse tubaire, second œuf trouvé dans la cavité utérine.

M^{me} B... âgée de 25 ans, mariée, fut prise tout d'un coup de violentes douleurs, le 17 août 1856, et mourut au bout de 7 heures dans un état de collapsus. Avant de mourir, elle avoua qu'elle avait pris un *médicament abortif*.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale environ 3 à 4 litres de sang en partie coagulé.

L'utérus était à la fois aussi gros que d'habitude et renfermait 1 œuf de 0,875 de long dans sa cavité. La trompe droite était très distendue tout d'un coup vers son extrémité ovarienne. Dans la tumeur, on trouva un œuf à un état de développement moins avancé que l'autre.

L'ovaire droit possédait *deux corps jaunes très distincts*.

OBSERVATION LXI

(D^r William. G. Graghead).

N... G..., âgée de 35 ans, robuste, avait toujours joui d'une excellente santé. Elle avait eu 1 enfant très jeune, ne se maria qu'à 30 ans et peu après donna le jour à un second enfant. Elle devint veuve et y resta jusqu'à Noël. Ayant eu ses règles dès les premiers jours

de janvier 1849 pour la dernière fois elle se crut enceinte. Vers le 1^{er} avril elle accusa des douleurs comparables à des coliques, et on découvrit une tumeur de la région iliaque gauche, dont la pression déterminait des souffrances très vives. Jusqu'au 18, elle eut de temps en temps des accès de douleurs, et à cette date elle tomba dans un état de collapsus, avec refroidissement des extrémités, le pouls à peine sensible, et accusant une sensation de gêne extrême dans la partie inférieure de l'abdomen, qui était tellement distendue qu'on ne pouvait délimiter l'utérus.

Le 19 au soir, les douleurs du travail s'annoncèrent et au bout de peu de temps elle avorta sans que la distension abdominale ait diminué.

Le fœtus était bien formé et paraissait à un peu plus de 3 mois de son développement.

Le 21 au soir, elle mourut presque subitement après avoir présenté les symptômes réunis de l'hémorrhagie interne et de l'obstruction intestinale.

Le 22, on fit l'autopsie. On trouva toute la cavité abdominale remplie en avant de sang coagulé, en arrière du sérum, provenant de la rupture des vaisseaux de la trompe gauche, énormément dilatée et convertie en un sac membraneux contenant un fœtus aussi volumineux que celui qui avait été expulsé par la voie naturelle.

On retira le sac en entier. Le fœtus extra-utérin encore attaché par son cordon à son propre placenta, ainsi que le fœtus jumeau développé dans la cavité utérine, et l'utérus hypertrophié ont été conservés et se trouvaient dans le cabinet de feu le professeur Hodge.

Le fœtus développé dans le sac abdominal était un peu plus gros que l'autre. La cavité anormale était sans doute constituée par une dilatation de la trompe gauche, ainsi que l'a établi le Dr Neill. Ce dernier a mis à nu la trompe et l'a suivie jusqu'à son expan-

sion infundibuliforme et n'a rien trouvé sur les parties externes du sac qui put être considéré comme les franges de la trompe. La distance comprise entre l'utérus et l'extrémité utérine du sac mesurait 0,037. La cavité tubaire avait 0,13 de long, 0,075 de large, bien qu'elle ait dû se rétracter beaucoup par suite de son séjour dans l'alcool. L'ovaire pouvait se détacher facilement de la face externe du sac et l'on y reconnaissait bien sa structure fibreuse. L'utérus mesurait 0,15 de long et 0,075 dans sa plus grande largeur et contenait une masse noirâtre qui était probablement le placenta. La trompe droite ne présentait pas son apparence normale ; elle était très dilatée sur toute sa longueur, ses parois étaient très ramollies et ne paraissaient pas fibreuses comme à l'ordinaire.

OBSERVATION LXII

D^r Abraham Sager.

On n'a que des renseignements très vagues sur l'histoire de ce cas avant que la mort ne soit survenue. A l'autopsie, qui fut faite peu de temps après la mort, on trouva l'utérus hypertrophié comme au bout de quelques mois de grossesse.

Sa longueur était de 0,12, son épaisseur de 0,051. Dans sa cavité, on constata la présence d'un œuf fixé par des villosités placentaires à la paroi postérieure, au-dessus de son entrée, et revêtu d'une caduque réfléchie très distincte. Le fœtus avait près de 0,05 de long. La trompe droite, longue de 0,10, était normale à l'exception cependant de son pavillon, qui présentait une anomalie importante à noter. *Une de ses franges adhérait au bord opposé par une bride, de sorte qu'au moment de l'ovulation, le pavillon se trouvait dans l'impossibilité de saisir l'ovule.* La trompe gauche avait 0,15 de long ; à environ 0,025 de l'infundibulum,

existait une tumeur ovoïde de près de 0,04 de long et de 0,037 de large; elle était très dure et sillonnée de deux ou trois lignes.

En y faisant une section longitudinale, on découvrit un œuf avec des villosités chorales à sa surface et contenant un fœtus d'environ 0,037 de long, attaché par son cordon à la face supérieure de la trompe. L'ovaire droit possédait deux corps jaunes récents près de son extrémité utérine. Comme nous l'avons dit plus haut, la trompe droite se trouvait très imperméable par suite de l'existence d'une bride.

OBSERVATION LXIII

Dr Teblets.

M^{me} B..., enceinte de trois mois, fut prise en juillet 1865, de violentes douleurs dans l'abdomen et mourut dans le collapsus au bout de quelques heures.

A l'autopsie on trouva dans la cavité abdominale près de quatre litres de sang. La trompe droite était déchirée, mais l'œuf y *était encore contenu*; la cavité utérine renfermait un second fœtus de 0,075 millimètres de long.

On constata la présence de *deux corps jaunes* dans l'ovaire droit.

OBSERVATION LXIV

Dr Tuffnell.

Conception gémellaire *provenant du même ovaire*; descente normale d'un fœtus dans l'utérus, arrêt de l'autre dans la trompe, suivi d'*hémorrhagie et de mort en 24 heures*.

6 juillet 1860. — M^{me} K..., mariée deux fois, mère d'un enfant de 7 ans, fut prise tout d'un coup le soir, de violentes dou-

leurs ; le pouls s'affaiblit ; elle devint pâle, anxieuse, tomba dans le collapsus et mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale 3 litres 1/2 de sang, dans lequel nageait un petit fœtus ; la trompe droite s'était rompue et avait donné issue au kyste fœtal ; l'utérus était gros comme au troisième mois de la grossesse, et renfermait un fœtus mâle bien développé.

La trompe droite était très dilatée et mesurait en un point 0,037 de diamètre. L'ovaire droit présentait un volume double de l'ordinaire et contenait des corps jaunes récents ; au côté externe de la trompe était inséré un placenta.

OBSERVATION LXV

D^r Sinks.

M^{me} S..., âgée de 23 ans, devient enceinte en août 1870. Au mois de décembre suivant, elle expulsa par le rectum des os du fœtus.

En janvier 1871 elle donna naissance à un fœtus intra-utérin de 6 mois.

OBSERVATION LXVI

(D^r James Mac Gee Guérison).

M^{me} R..., âgée de 28 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1872, époque à laquelle elle se crut enceinte ; aménorrhée, malaise et vomissements le matin ; en un mot, elle éprouvait tous les troubles sympathiques du début de la grossesse. Cela dura ainsi sans changements jusqu'au 11 octobre.

A cette époque, elle éprouve de violentes douleurs dans la

région hypogastrique et dans les flancs, présentant quelques rémissions et ressemblant beaucoup aux douleurs du début du travail, avec un sentiment de pesanteur dans tout le bassin et impossibilité de rester dans le décubitus horizontal.

Par le toucher vaginal, on sentait distinctement l'utérus à la partie postéro-inférieure du bassin, le fond se trouvait abaissé au-dessous de l'angle sacro-vertébral, la face postérieure comprimait la paroi antérieure du rectum, causant ainsi du ténesme rectal.

Par suite du poids et de la résistance de l'utérus au toucher, on conclut qu'il contenait un fœtus de 3 mois $1/2$.

En appliquant la main sur la région hypogastrique, on sentait une tumeur d'une dureté inaccoutumée s'étendant du pubis à l'ombilic.

Le 20 et 21 octobre, elle *expulsa par le rectum des os de fœtus*, et, le 28, les douleurs du *travail* apparurent suivies de *l'expulsion par l'utérus d'un fœtus de 4 mois*. A partir de ce moment, la santé revint, et la malade recouvra ses forces.

OBSERVATION LXVII

(Dr John Hodgen).

M^{me} N..., âgée de 27 ans, bien portante, réglée régulièrement jusqu'au mois de novembre 1872, eut, dans les premiers jours de janvier 1873, une *attaque violente, de douleurs avec péritonite*. Peu après, le *fœtus intra-utérin cessa de grossir et même diminua de volume* en prenant une forme irrégulière.

Le 17 août 1873, elle donna naissance, après 8 heures de travail, à un fœtus intra-utérin bien portant. La main introduite dans l'utérus, percevait à gauche la tumeur réduite d'environ $1/4$ de son volume primitif.

En avril 1874. — La tumeur, qui n'était plus que de la grosseur d'une orange, était encore le siège de douleurs et de sensibilité.

Le Dr Hodggen pense qu'il avait eu affaire à une grossesse tubaire, dont le kyste se rompit au cinquième mois, déterminant la mort du fœtus, une hémorrhagie abondante et une péritonite partielle qui céda graduellement

OBSERVATION LXVIII

(Dr Gardon).

Le 20 juillet 1847, une négresse enceinte de 6 mois, fut prise des douleurs du travail; un fœtus extra-utérin fut expulsé, et tomba dans le cul-de-sac postérieur où il obstruait l'utérus. On le retira par le vagin, et deux jours après les douleurs du travail reparaissaient et aboutissaient, au bout de 2 heures, à l'expulsion d'un enfant intra-utérin. La femme se rétablit complètement.

Dans ce cas-là, *on abandonna le placenta*, et on fit le drainage vaginal.

OBSERVATION LXIX

Dr Galabin.

La malade âgée de 36 ans, s'était mariée au printemps de 1878. Dans l'été de cette même année, elle fit une fausse couche, et en avril 1879, elle mit au monde un enfant à terme, après une application de forceps. Elle s'attendait à accoucher pour la seconde fois au mois de septembre 1880.

Pendant le quatrième et le cinquième mois de la grossesse, elle éprouva de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

On découvrit alors deux tumeurs. Celle de gauche était évidemment l'utérus en état de gestation, et l'on y constatait la présence d'un fœtus vivant. L'auscultation ne faisant rien percevoir sur la tumeur du côté droit, on en conclut à l'existence d'une tumeur ovarienne compliquant la grossesse.

Le 16 juin. — *Des symptômes de rupture* se manifestèrent tout d'un coup, suivis promptement de ceux d'une péritonite ; en même temps, on constatait que la *tumeur droite ne pouvait plus être délimitée*.

Le 20. — L'état de la malade étant très grave, et le diagnostic de rupture d'un kyste ovarien étant admis, on fit une opération exploratrice. On trouva dans la cavité abdominale une grande quantité de sang et de caillots et un fœtus contenu seulement dans ses membranes peu épaissies.

Le *placenta était inséré* à la face postérieure de l'*utérus et du ligament large droit* ; on le laissa en place et on fixa un tube à drainage dans la plaie. L'opération fut faite sous le spray phéniqué.

Pendant les deux premiers jours, la malade parut bien aller, et la température ne dépassa pas 37°,5.

Le 22 au soir, le travail se déclara et la femme mit au monde un enfant mort-né qui se présentait par les fesses.

Bien qu'il n'y eût qu'une faible hémorrhagie par le vagin, il s'écoula beaucoup de sang par le tube à drainage.

Le 23. — La température était normale, mais l'hémorrhagie se renouvela par le tube à drainage et la femme mourut le lendemain.

Les deux fœtus paraissaient arrivés au sixième mois de leur développement : L'extra-utérin ne pesait que 1 liv. 1/2, l'intra-utérin 2 liv. 3/4.

Dans ce cas, l'hémorrhagie secondaire était due à la rétraction de l'utérus qui détermina le décollement du placenta extra-utérin.

OBSERVATION LXX

Dr Frank-Argless.

Mme S..., en septembre 1870, éprouvait des nausées continues, les règles étaient irrégulières, survenant pendant deux jours et s'arrêtant ensuite pendant une semaine pour reparaitre de nouveau. Cela continua ainsi jusqu'à la fin de septembre, époque où alors elles s'arrêtèrent.

En janvier on diagnostiqua un état de grossesse par le palper abdominal. Jusqu'en avril 1870, elle semblait marcher régulièrement quand elle crut sentir que l'enfant était mort.

Trois jours après, elle expulsait de l'utérus un œuf d'environ deux mois.

Cependant, le palper permettait encore de constater la présence de l'enfant mort ; le toucher vaginal ne faisait rien découvrir, sinon une légère dilatation du col. A droite, en dehors de l'orifice on distinguait nettement un fœtus.

L'abdomen augmenta de volume jusqu'à la fin de juin, ou alors il paraissait très distendu.

Le 9 juillet. — Elle eut des nausées, vomit un liquide verdâtre et accusa de violentes douleurs comme si quelque chose s'était rompu. Elle s'affaissa rapidement et mourut.

A l'autopsie faite trois jours après, on trouva dans la cavité abdominale un enfant mâle, couché obliquement de droite à gauche, sa tête était située en haut, l'occiput répondant au foie, les bras étaient fléchis sous le menton, le dos tourné en avant et les jambes dirigées en haut. Les cuisses de l'enfant pesaient sur l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, la vessie était repoussée en avant, les intestins étaient refoulés à droite, agglutinés,

formant un kyste autour du fœtus. Le foie adhérait à la paroi abdominale, et à sa face inférieure on trouvait des plaques de che veux qui y étaient adhérentes.

L'ovaire gauche était entier, mais très volumineux. Il n'y avait aucune trace de l'ovaire droit, bien que la trompe de ce côté fut très dilatée au point d'admettre deux doigts. On en conclut qu'il y avait une grossesse tubo-ovarienne droite, qui s'était développée primitivement dans l'ovaire à l'extrémité de la trompe. La décomposition était si avancée qu'en retirant l'enfant on ne put découvrir l'insertion du placenta.

Le fœtus était gros et paraissait âgé de 7 mois.

En examinant l'utérus, on le trouva un peu gros et très adhérent aux organes voisins.

OBSERVATION LXXI

(Mme Lachapelle).

Dans une lettre au D^r Dubois l'auteur décrit un cas qu'elle a rencontré dans sa pratique.

En janvier 1881, une femme enceinte de 6 mois fut amenée à l'hôpital.

Le 26 février. — Le travail se déclara et un enfant mort fut expulsé; la femme s'affaissa graduellement et mourut au bout de quatre jours.

Le 2 mars. — A l'autopsie, on trouva un fœtus en posture assise; le placenta était inséré à la partie antéro-inférieure du kyste.

OBSERVATION LXXII

(Dr Edward Whinnery).

Mme T..., gardait le lit et se plaignait d'une grande faiblesse. Elle portait une *tumeur abdominale* qui s'étendait de l'épine iliaque antérieure droite à l'ombilic et dépassait la ligne blanche, de sorte qu'elle remplissait les $\frac{3}{4}$ de l'abdomen.

Il y avait beaucoup de sensibilité à la pression et des douleurs intermittentes comme dans la parturition. Elle raconte ce qui suit : Les règles s'étaient supprimées immédiatement après la puberté, ce qui lui avait causé beaucoup de gêne et de douleur.

A 20 ans, elle se maria et au bout d'un an donna naissance à un enfant, et 18 mois après elle en avait un second. *Pendant cette seconde grossesse* elle remarqua la *présence d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen et y sentit des mouvements*.

Un mois après, elle fut prise de douleurs violentes qui durèrent une semaine, puis cessèrent.

La santé ne s'altéra pas, bien *qu'elle sentit encore des mouvements* dans la tumeur. *Elle devint enceinte de nouveau* et donna le jour à *un troisième enfant*. Après cela elle constata encore la présence de la tumeur et remarqua qu'elle avait augmenté de volume depuis son dernier accouchement.

Elle éprouva alors toutes les trois semaines une recrudescence de douleurs, accompagnée d'une faible hémorrhagie ; *la tumeur était toujours le siège des mouvements*. Cet état dura encore 18 mois, puis tout mouvement cessa après un violent accès de douleurs, et elle crut connaître le moment où la mort était survenue.

La tumeur ne présente plus la sensation qu'elle donnait habituellement ; elle était flasque et comme morte, suivant l'expression de la malade.

Le 4 juin. — On fit une incision sur la ligne blanche ; le bistouri rencontra une substance dure, rugueuse, qu'on incisa et qui donna issue à environ 3 litres de liquide noirâtre. La malade étant en état de syncope, on arrêta l'opération.

Le 15 juillet. — Un os apparut à l'orifice de la plaie, elle le prit, le retira et immédiatement après, sortit une masse d'os, de cheveux et de substances putrides. L'écoulement diminua ensuite graduellement et cessa au bout de 5 semaines et la plaie se referma.

Au mois de décembre, la malade avait recouvré la santé, et ses règles étaient revenues.

OBSERVATION LXXIII

D^r Louis R. Cooke.

Grossesse extra-utérine et utérine se développant simultanément jusqu'au terme normal. — Mort. — Autopsie.

M^{me} E... R..., âgée de 39 ans, était à sa quatrième grossesse. Ses couches précédentes avaient été normales. Elle accusait des coliques violentes, mais son poulx était bon ; pendant tout le temps de sa grossesse, elle s'était confinée dans son appartement.

En examinant l'abdomen, on découvre une tumeur présentant les caractères suivants : elle semblait faire saillie au-dessus d'une surface comparativement plane, située à environ moitié chemin du cartilage ensiforme et de l'ombilic ; à droite elle semblait partir d'une ligne répondant au bord externe du rectum, le sommet arrivait au-dessus de l'ombilic.

Un examen attentif révéla l'existence incontestable d'un fœtus vivant dans la tumeur ; on pouvait sentir distinctement les membres, et le souffle placentaire était perceptible sur une large surface ; cependant les pulsations du cœur fœtal pouvaient à peine

être perçues. Par le toucher vaginal on constatait que le vagin était allongé, ses plis avaient disparu et l'orifice du col était tellement élevé qu'on pouvait à peine l'atteindre. M. Spencer Wells, appelé en consultation, découvrit les bruits de deux cœurs fœtaux.

Le même soir, à 9 heures, de fortes douleurs apparurent et on reconnut que l'excavation était occupée par une tumeur arrondie, dure, résistante, qui ne présentait aucune trace de fluctuation et qui était immobile. Le diamètre antéro-postérieur se trouvait réduit à un petit espace de la largeur de deux doigts. En y introduisant la phalange, on ne trouvait aucun orifice, mais le col était complètement dilaté et reposait sur le pubis et en avant de la symphyse, on pouvait atteindre une petite portion de la surface crânienne du fœtus.

On administra du chloroforme et on parvint à repousser la tumeur; on put alors pratiquer la version et extraire avec beaucoup de difficultés un enfant mort. Les pulsations du cordon avaient cessé pendant l'extraction; on eut beaucoup de peine à retirer le placenta; l'opération fut terminée au bout de 30 minutes. L'utérus se contracta énergiquement.

La malade s'affaissa graduellement et mourut le lendemain. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva un enfant bien développé renfermé dans ses membranes non rompues.

La face antérieure du chorion était en rapport immédiat avec le péritoine abdominal, sans y adhérer ni être renfermé dans aucune enveloppe.

Le fœtus était relié par un long cordon au placenta, qui était inséré sur toute la surface du petit bassin.

Tout cela était adhérent à la surface du péritoine par de fortes bandes, résultant d'adhérences anciennes qu'on ne pouvait détacher avec les doigts et qu'on avait même de la peine à sectionner avec le bistouri. Le placenta très volumineux, occupait la face

interne de la corne droite, qui s'était élargie en une capsule peu profonde pour lui donner attache.

Dans la discussion qui suivit la relation de ce cas, le Dr Cleveland exprima le désir de savoir si l'autopsie montra que l'état de l'abdomen était assez bon pour laisser croire qu'on aurait réussi si l'on avait pratiqué la gastrotomie peu après la naissance du premier enfant. MM. Hicks et Greenlagh ont répondu qu'ils auraient conseillé l'opération si le fœtus avait été vivant, mais non s'il était mort. M. Spencer Wells n'a pas été de l'avis de ces derniers ; pour lui, quand l'enfant est mort, la femme peut vivre longtemps sans souffrir beaucoup et il n'est pas d'avis de l'exposer à une opération dangereuse pour courir la faible chance d'avoir un enfant vivant. Dans ce cas, on ne pouvait pas espérer que la séparation du placenta ait pu se faire sans mettre la malade en danger et l'on ne peut pas dire si la gastrotomie aurait abrégé ou allongé ses jours.

OBSERVATION LXXIV

Grossesse ovarienne confirmée, combinée à une grossesse normale.

K. A. Herzfeld (*Der Frauenarzt*, novembre 1891) raconte un cas où une femme de 33 ans accoucha d'un enfant mâle vivant, le 12 mars 1891. C'était son quatrième accouchement et elle rapporte qu'après son accouchement, il lui sembla sentir les mouvements d'un autre enfant dans l'abdomen. Une tumeur resta et devint plus considérable en peu de jours. De violentes coliques survinrent le 22 mars, et les lochies qui avaient continué toujours

sanieuses depuis le travail, devinrent plus abondantes. Une large tumeur remonta jusqu'à deux doigts de l'ombilic. L'utérus en était séparé en bas et en avant, mais la tumeur plongeait dans le cul-de-sac de Douglas, derrière le col où l'on sentait nettement une tête fœtale. Le 24 mars, on fit la laparotomie. Un large sac fœtal fut enlevé, il correspondait aux annexes droites, et son pédicule était le type de celui du kyste ovarien ordinaire. La malade guérit. Ce sac semblait correspondre à l'ovaire. La trompe longue de 4 pouces $1/2$ marquait sur sa surface, l'orifice était normal et libre. Le fœtus était bien développé et mesurait 19 pouces en longueur (38 centim.). Le placenta était bien formé, et le cordon avait une insertion vélamenteuse. Les tissus des parois du sac furent examinées avec soin par le professeur Kolisko et le Dr Wintertsteiner, mais aucune trace de tissu ovarien ne fut découverte. Cependant, en dépit des résultats négatifs de l'examen microscopique, Herzfeld pense que ce cas est un exemple authentique de grossesse ovarienne. Il fait observer que dans le cas de grossesse ectopique de Sanger, que l'opérateur déclara être ovarienne, aucun tissu ovarien ne fut trouvé à l'examen microscopique.

On comprend facilement qu'il est très difficile d'indiquer une conduite à tenir.

Cependant, depuis l'antisepsie, il semblerait résulter de récentes observations que la meilleure conduite serait de faire la laparotomie dès que le diagnostic est établi.

Dans le *British Gyn. Journ.*, mai 1891. — on trouve l'observation d'une femme dont la grossesse normale est compliquée de grossesse extra-utérine. Laparotomie, guérison.

GROSSESSE GÉMELLAIRE EXTRA-UTÉRINE.

OBSERVATION LXXV

Dans la *semaine médicale*, n. du 9 mars 1892, on lit :

M. Strecker présente une pièce anatomique provenant d'une femme de 30 ans, qui fut trouvée morte dans son lit. La cause de la mort étant inconnue, le corps fut transporté à la Morgue. La peau et les muqueuses du cadavre étaient complètement décolorées ; à la surface du corps, il n'existait aucune altération appréciable : les seins étaient durs, et par la pression, on en fit sourdre quelques gouttes de colostrum.

A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie de sang, l'utérus était trois fois plus volumineux qu'à l'état normal, la trompe gauche était fixée par son pavillon sur une poche qui contenait deux fœtus du sexe masculin ; la rupture de ce sac avait déterminé une hémorrhagie mortelle.

Dans les *Annales de gynécologie*, octobre 1891. — On lit : le Dr Ott présente à la société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg (28 mars et 11 avril 1891) les pièces d'une grossesse gémellaire tubaire, le diagnostic avait été fait à l'aide du curettage préalable ; les fœtus semblaient avoir environ trois mois.

Que conclure de ces deux faits ? Leur existence, leur rareté, l'impossibilité du diagnostic.

CHAPITRE VII

DE LA DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE.

Je passe sur l'avortement dans les trois premiers mois. A cette époque, l'avortement se fait en bloc, et comme je l'ai dit, je n'ai pas d'observations.

Comme MM. Maygrier et Demelin j'adopte la division classique, et je vais considérer la délivrance aux troisième et quatrième mois; puis aux cinquième et au sixième.

1° Délivrance dans l'avortement multiple aux troisième et quatrième mois.

Je laisse parler ici MM. Maygrier et Demelin, qui en quelques lignes, résument très bien la question, et les résultats auxquels je suis arrivé sont conformes aux leurs.

« A cette époque, disent-ils, il arrive très fréquemment, comme dans l'avortement simple, que la délivrance tarde à se faire et que le placenta reste retenu dans l'utérus, qu'il y soit adhérent en totalité, ou décollé en partie, ou complètement décollé.

Les causes de la rétention sont les mêmes que dans l'avortement simple. D'une part, le placenta a des adhérences intimes avec la paroi utérine; il est volumineux par rapport au fœtus; d'autre part les fibres musculaires de la matrice n'ont pas atteint leur complet développement, et les contractions sont peu énergiques; le col suffisamment dilaté pour l'ex-

pulsion du fœtus, ne l'est pas toujours assez pour laisser passer le placenta. Mais à ces diverses raisons, il faut ajouter que dans l'avortement multiple le placenta a un volume beaucoup plus considérable, condition très favorable à la rétention, si le placenta est unique ; en effet, l'expulsion de l'arrière-faix se fait plus aisément lorsque les deux œufs étant complètement séparés, les placentas peuvent sortir isolément.

De ces conditions particulières, il résulte que la rétention peut présenter une gravité exceptionnelle dans l'avortement multiple, ainsi qu'en témoignent deux cas de mort relatés plus loin. Si dans les avortements simples, on observe quelques fois une rétention de longue durée sans accidents, il n'en est plus de même ici : en raison du gros volume du délivre, on peut voir, lorsque son séjour dans l'utérus se prolonge, éclater des accidents graves de septicémie, analogues à ceux qu'on rencontre dans les mêmes circonstances après un accouchement. Le pronostic diffère donc singulièrement de celui de l'avortement unique, et l'élimination rapide du délivre a une extrême importance.

En consultant nos observations, nous trouvons 6 cas d'avortement au troisième et au quatrième mois. Dans les 6 cas, il y a eu rétention du délivre ; ce chiffre confirme bien l'extrême fréquence de cet accident.

Je ne reproduirai pas les 6 observations de MM. Maygrier et Demelin, mais je vais en rapporter 6 autres dans lesquelles la rétention du délivre a été suivie d'infection. Je les ferai suivre des deux observations de M. Maygrier dans lesquelles la rétention a été suivie de mort.

OBSERVATION LXXVI

Maternité.

1°. Avortement gémellaire à 4 mois et demi. — Rétention du placenta. — Rupture des deux cordons par suite de tractions. Lochies fétides. — Expulsion spontanée. — Commencement de putréfaction.

M..., femme B..., 30 ans, cuisinière, bonne constitution, bassin normal. Réglée à 17 ans et demi et depuis régulièrement. Les dernières règles datent du 2 juin 1883. Cette femme a été amenée en brancard à la Maternité, le 23 novembre 1883, à 4 h. 15 minutes du soir. Interrogée, elle dit avoir ressenti les premières douleurs de l'enfantement le 21 novembre à minuit. Le lendemain matin, elle expulsait un premier fœtus mort; 15 minutes plus tard elle mit au monde un deuxième fœtus qui vécut environ 5 minutes. La délivrance n'ayant pas lieu, cette femme effrayée fit appeler un médecin avec la sage-femme pendant 2 jours : Ils se décidèrent à envoyer la malade à la Maternité après avoir probablement tenté d'extraire le placenta. Les cordons ombilicaux étant cassés lors de l'arrivée de cette femme à la salle, M^{me} Henry la fit placer dans l'amphithéâtre des opérations afin de l'isoler des autres femmes et de lui donner les soins antiseptiques les plus minutieux, les lochies étant assez fétides.

En pratiquant le toucher, on trouva le col reformé, largement ouvert dans toute son étendue, et une partie du placenta engagée dans l'orifice interne. Le 24 novembre, au soir, la délivrance se fit spontanément à 10 heures du soir : Le placenta commençait à se putréfier. Il présentait une odeur extrêmement fétide. Immédiatement, on fit 2 injections intra-utérines avec la liqueur de Van-Swieten.

Le 25 novembre, cette femme était en assez bon état. Elle n'a

su donner aucune cause de son avortement. Rien de spécifique. Sa profession de cuisinière est la cause probable. Suites de couches naturelles.

OBSERVATION LXXVII

Maternité.

Avortement gémellaire de 4 mois et demi. 2 garçons. — Rupture des cordons par traction. — Ergot ayant été administré. — Introduction de la main impossible. — Frisson. — Fièvre. — Guérison.

F..., a été amenée en brancard le 27 septembre 85 à 11 heures du soir. Elle était accompagnée d'une sage-femme, qui dit avoir été appelée auprès d'elle comme deuxième sage-femme. Elle dit que le même jour, à midi 30 minutes, cette femme avait fait un avortement gémellaire du terme de 4 mois et demi. Les 2 jumeaux étaient du sexe masculin. Le premier pesait 280 grammes et le deuxième 220. La première sage-femme voyant que la délivrance ne se faisait pas, avait fait des tractions sur les cordons et les avait rompus. Elle avait voulu introduire sa main dans l'utérus pour finir d'extraire les placentas ; mais comme elle le avait administré 2 grammes d'ergot de seigle, l'utérus étant rétracté, ne put livrer passage à la main.

L'extrémité des doigts seulement put décoller quelques fragments de placenta et les extraire.

La sage-femme qui l'accompagnait dit que par le toucher on trouvait le col largement ouvert, mais qu'il y avait enchatonnement du placenta. On fit immédiatement monter cette femme en brancard à la salle Lachapelle. L'aide sage-femme de service la fit transporter dans l'amphithéâtre des opérations, puis ayant trouvé les choses telles que l'avait dit la sage-femme, prévint M^{me} Henry. Pendant ce temps, on procéda à l'interrogatoire de la malade qui dit être multipare, d'une bonne santé antérieure,

réglée depuis l'âge de 12 ans et depuis régulièrement, tous les mois pendant 2 jours. Elle a eu une première grossesse qui se termina à 6 mois. Le flux menstruel fut interrompu dans les premiers jours de mai par cette deuxième grossesse qui fut accompagnée de nausées et de vomissements. A son arrivée, le pouls était de 112. Temp. 38. Resp. 24. M^{me} Henry fit faire à cette femme une injection vaginale toutes les demi-heures avec de l'eau bouillie portée à 48 degrés. Les injections répétées amenèrent un relâchement des fibres utérines. Dans la journée du 28 septembre l'utérus paraissait moins gros; il remontait au niveau de l'ombilic, et de plus était régulier. Dans la même journée, cette femme commença à expulser quelques débris placentaires. Le jour même à 5 heures du soir, après avoir expulsé un morceau de cotylédon, elle fut prise d'un frisson qui dura environ 5 minutes.

Les lochies devinrent très fétides; le pouls monta instantanément à 184; la température s'éleva à 40°,5; la respiration était saccadée, et l'on comptait 32 respirations par minute. On fit prévenir M^{me} Henry qui examina la femme et trouva dans le vagin une portion de placenta qu'elle retira par débris; ils étaient très fétides. Il fut possible à M^{me} Henry d'introduire 2 doigts dans la cavité utérine et de retirer tout ce qui restait du placenta. Elle fit immédiatement après à cette femme une injection intra-utérine avec de l'eau oxygénée et une injection vaginale qui fit disparaître presque complètement cette fétidité. Ensuite, on fit alternativement deux injections avec de l'eau bouillie à 48° et une injection de sublimé dédoublé, porté à une température de 48. Dans les jours qui suivirent, on lui fit plusieurs injections vaginales d'eau oxygénée. Elle expulsa le reste de son placenta par débris. Elle resta depuis son arrivée jusqu'au 27 septembre à l'amphithéâtre des opérations.

Cette femme partit guérie 11 jours après son avortement, en bon état.

OBSERVATION LXXVIII

Avortement gémellaire à 3 mois et demi. Rétention du placenta du deuxième fœtus. — Hémorrhagie. — Infection. Injections intra-utérines. Guérison. (Thèse d'Audebert. Paris, 1890).

M^{me} D..., 30 ans, sans profession, IV pare. Fièvre typhoïde à 16 ans. Pas de syphilis. Anémie assez profonde avec troubles menstruels à plusieurs reprises. Depuis 3 ans environ, crises d'hystérie fréquentes, mais en voie de diminution. Deux grossesses à terme; une fausse couche de cause inconnue.

13 mai. — Je vois pour la première fois la malade qui se plaint d'une perte de sang durant depuis plus de 15 jours. En la questionnant, j'apprends qu'elle n'a pas été réglée depuis près de 3 mois; mais comme ces interruptions sont fréquentes, par suite de l'anémie, elle n'y a pas ajouté d'importance. Pas de coliques, mais légère douleur dans le bas-ventre. Pas de caillots.

M^{me} D..., qui se croit dans une période menstruelle, s'étonne seulement de la longueur et de l'abondance de la perte. Etat général assez bon, teint pâle, pas de fièvre. A la palpation, je trouve l'utérus volumineux, remontant à trois ou quatre travers de doigt de la symphyse pubienne, non douloureux. Au toucher, col un peu gros, ramolli dans sa partie inférieure, et présentant une déchirure assez profonde à gauche, il est assez béant pour que l'extrémité de l'index puisse y pénétrer et y sentir une masse engagée. Pensant à une fausse couche imminente, je conseille à la malade de rentrer chez elle et de garder le repos absolu.

23 mai. — Je suis appelé chez M^{me} D..., qui malgré ma défense a continué à marcher et qui me montre une masse assez volumineuse qu'elle a expulsée dans la soirée précédente après quelques coliques. C'est d'abord un œuf entier, à peu près du volume

d'un citron et d'une couleur blanc jaunâtre. Incisées, les membranes contiennent un embryon, long de 5 à 6 centimètres et rattaché aux membranes par un mince cordon de 4 à 5 centimètres de longueur. A côté de cet œuf, se trouve un second fœtus de 22 à 25 centimètres portant un fragment de cordon de 12 centimètres de long. Je ne trouve ni le placenta, ni l'extrémité du cordon du deuxième fœtus. Température 39. Injection intra-utérine. Le 28, au matin, perte de sang abondante, caillots. Le soir, expulsion du placenta.

OBSERVATION LXXIX

Avortement gémellaire à 4 mois. — Les deux délivrances à 2 jours d'intervalle. — Légère infection. — Guérison.

La nommée M..., 35 ans, concierge, entre à la Charité dans le service du D^r Budin, le 5 août 1884.

Elle a fait une première fausse couche au mois de février. Dernières règles le 29 mars. Grossesse d'environ 4 mois. Les douleurs commencent le 5 août à 8 heures. La température ne dépasse pas 37°,6.

Le 10. — A 11 heures, expulsion d'un premier œuf complet masculin.

Le 12. — Expulsion d'un second embryon féminin à 11 heures du soir.

Le 13. — Au soir, température 39°,2. Fétilité des lochies. Injections toutes les deux heures. Guérison.

OBSERVATION LXXX

Avortement gémellaire à 3 mois 1/2. — Rétention du placenta. — Fièvre. — Délivrance artificielle. — Guérison.
(Obs. recueillie dans le service du Dr Budin, personnelle).

La nommée A..., L..., dentellière, 24 ans, entre le 27 mai 1891 dans le service d'accouchement.

Son père a 53 ans, et s'est toujours bien porté. Sa mère âgée de 43 ans est phthisique, et n'a eu qu'un enfant.

Cette femme a été élevée au sein par une nourrice. Elle a marché à l'âge ordinaire, et n'a jamais été malade. La menstruation a paru à 13 ans 1/2 et a toujours été très régulière, jusqu'à l'année dernière où à la suite d'un premier accouchement, il y a eu un retard de 3 mois.

La malade avait 22 ans quand elle accoucha pour la première fois. La grossesse avait été bonne, et se termina à terme spontanément, après 3 jours de travail, par l'expulsion d'un enfant en présentation du sommet. Cet enfant, une fille, est morte au bout de trois semaines. Les suites de couches n'ont présenté rien de particulier.

Les dernières règles ont cessé le 24 janvier dernier. Pendant cette deuxième grossesse, la malade a souffert constamment de maux de cœur, points de côté, vomissements, etc. Dans la nuit du mardi, 26 mai, des douleurs vives se firent sentir dans le ventre et dans les reins, en même temps que se produit une perte de sang assez abondante. Le lendemain, mercredi 27, la malade arrive à l'hôpital à 5 heures du soir, avec les mêmes douleurs et continuant à perdre du sang. A l'examen, on trouve une femme grande, bien constituée. Le ventre a le volume de celui d'une femme enceinte de 4 mois et présente des vergetures. Pas de varices ; pas d'albumine dans les urines.

Au toucher, on constate tous les symptômes d'une menace d'avortement.

On fait coucher la malade immédiatement ; on lui fait garder une immobilité aussi complète que possible, et on lui administre des lavements laudanisés. Cette femme reste ainsi pendant huit jours, perdant toujours, mais peu à la fois, souffrant dans les reins et dans le ventre.

Le mercredi, 3 juin, à 8 heures du soir, la malade était assise sur son lit faisant du crochet, lorsqu'elle sentit quelque chose flotter à la vulve. On appelle aussitôt la sage-femme qui examine et trouve les pieds de l'embryon hors des organes génitaux. Elle fait transporter la malade dans la salle d'accouchement où elle extrait facilement l'embryon tout entier. Cet embryon est d'environ 3 mois $1/2$. Le placenta ne sort pas. Pas d'hémorrhagie. La malade dont les douleurs sont calmées passe une très bonne nuit... Le lendemain, 4 juin, Mlle Henault, en l'examinant, est frappée du volume relativement considérable de l'utérus, et M. Budin, lors de sa visite, émet l'opinion qu'il y avait très probablement une grossesse gemellaire. La malade n'ayant plus de douleurs est reportée dans la grande salle, où on lui fait plusieurs fois dans la journée des injections vaginales d'eau bouillie.

Le soir vers 9 heures, les douleurs reprennent en même temps que du sang sort par la vulve. La parturiente ne dit rien, et ce n'est qu'une heure plus tard, que souffrant davantage, elle fait appeler la sage-femme. Mlle Henault arrive au bout de quelques instants, touche la malade dont les douleurs ont disparu depuis quelques minutes, et trouve un second embryon dans la cavité vaginale. Elle l'extrait facilement, et fait une injection vaginale chaude. Ce deuxième embryon est du même volume que le premier.

Le placenta reste encore dans la cavité utérine. Le lendemain

matin, 5, la malade est sans fièvre et ne souffre pas. On lui fait pendant la journée plusieurs injections d'eau bouillie.

Le soir, la température s'élève, le thermomètre marque 38. Le samedi matin, 6, la fièvre continuant, on transporte cette femme dans une salle d'isolement. Le soir la température est de 38° 4. Injections vaginales d'eau bouillie.

Le dimanche, 7, la température de 37°,4 le matin, monte à 39° dans la soirée. A 5 heures, M^{lle} Hénault téléphone à M. Budin pour le renseigner sur l'état de la malade. M. Budin répond qu'il va se rendre à l'hôpital et ordonne que l'on prépare tout pour une intervention. A 5 h. 1/2, tout étant prêt pour la délivrance artificielle, les précautions antiseptiques prises, la malade étant placée dans la position obstétricale, et endormie, M. Budin introduit d'abord un doigt dans le col, puis deux, et décolle le placenta en entier; il essaie de le retirer, ce qui est rendu difficile par la résistance du col et le peu de largeur du canal utérin. Aussi, ne pouvant l'amener tout entier au dehors, est-il obligé de l'extraire par morceaux. Deux, trois morceaux placentaires sont ainsi extraits, puis enfin un autre plus volumineux. M. Budin introduit de nouveau deux doigts dans la cavité utérine et enlève quelques débris de placenta et de caduque, restés très adhérents au niveau de l'insertion placentaire. Une injection antiseptique bien chaude est faite dans la cavité utérine, après quoi la malade, étant bien nettoyée, est replacée dans son lit. Vers 9 heures du soir, elle est prise d'un frisson violent qui dure 3 quarts d'heure. Le thermomètre marque 39°,8.

Le lendemain, lundi, 8 juin, la température est redevenue normale et se maintient le soir et les jours suivants. Il n'y avait qu'un seul placenta.

Rowland G. dans le *Med. news* du 28 octobre 1882, a publié une observation de grossesse gémellaire avec ascite.

On fit la paracentèse qui amena l'avortement au troisième mois : il y eut rétention et absorption des placentas.

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut entendre par absorption du placenta. Si j'ajoute ici ce fait c'est pour dire que la rétention des placentas n'est pas fatalement suivie d'accidents ; mais je suis obligé d'avouer que ces cas sont rares.

Avant d'en citer d'autres exemples, je vais placer ici les deux observations de M. Maygrier dans lesquelles la rétention de l'arrière-faix a été suivie de septicémie et de mort.

OBSERVATION LXXXI

Avortement trigémellaire à trois mois et demi. — Rétention du délivre. — Expectation. — Infection putride et mort le neuvième jour.

M. Maygrier est appelé en consultation le 1^{er} décembre 1884 auprès d'une femme multipare, d'une quarantaine d'années, ayant fait le 24 novembre, 8 jours auparavant, une fausse couche trigémellaire de 3 mois $1/2$ environ. Le délivre n'a pas été expulsé. Après avoir administré du seigle ergoté on s'est borné à attendre et à faire des injections intra-utérines à l'acide borique et au sulfate de cuivre. Des accidents septiques n'ont pas tardé à se déclarer : frissons, fièvre, douleurs de ventre, odeur des lochies, etc. M. Maygrier trouve la malade dans un état extrêmement grave. La face est pâle, altérée, le pouls incomptable, le ventre ballonné et douloureux ; la malade a vomi à plusieurs reprises. Malgré le tympanisme, il est facile de constater par le palper que l'utérus est très volumineux ; il remonte à l'ombilic. Le toucher permet de reconnaître un col court, mais dur et presque fermé, c'est à peine si l'extrémité du doigt arrive sous la masse placentaire ; il s'écoule des lochies noirâtres très fétides.

La malade est dans un tel état de faiblesse, qu'on n'ose tenter

aucune intervention, bien aléatoire d'ailleurs dans de pareilles conditions. Malgré le traitement prescrit, injections intra-utérines toutes les 2 heures, sulfate de quinine, alcool, etc..., la malade succombe peu d'heures après la consultation.

OBSERVATION LXXXII

Avortement gémellaire à 3 mois $1/2$; liquide amniotique très abondant dans la première poche. — Rétention de l'arrière-faix. — Expectation et antisepsie. — Accidents graves de septicémie le sixième jour. — Tentatives infructueuses de délivrance artificielle. — Irrigation continue. — Mort le huitième jour.

Dans la soirée du 28 septembre 1887, le Dr Maygrier est prié par le Dr Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, de venir en consultation auprès de M^{me} P... Cette dame, âgée de 40 ans, primipare, a expulsé le jeudi précédent, 22 septembre, deux petits jumeaux de 3 mois $1/2$ environ qui ont vécu quelques instants. La rupture de la première poche a laissé s'écouler une grande quantité de liquide. L'expulsion des fœtus a été facile. Le toucher pratiqué immédiatement après leur sortie a fait constater qu'on ne pouvait introduire plus de deux doigts dans un canal cervical à parois résistantes.

Le délivre est resté dans la cavité utérine et le traitement institué a été l'expectation et l'antisepsie la plus scrupuleuse.

Il n'y a pas eu d'accidents notables, jusqu'au 27 septembre. La température s'est maintenue entre 37 et 38°, l'état général restant bon. Mais le 27, les choses ont changé. Il y a eu deux selles diarrhéiques, de petits frissons, et le 28 au matin la température est montée brusquement à 39. Le ventre s'est ballonné, des vomissements sont survenus, et en même temps les lochies ont pris une odeur fétide.

Lorsque le Dr Maygrier voit la malade avec son collègue, elle

est dans un état extrêmement grave, présentant des signes évidents de septicémie. Une intervention est immédiatement décidée dans le but d'essayer l'extraction du délivre retenu, et on administre du chloroforme. Malheureusement, le col est toujours long ; son orifice interne résiste et ne laisse qu'à grand'peine pénétrer deux doigts dans la cavité utérine. Aussi prévoit-on que l'opération va présenter de très grandes difficultés. En effet, c'est à peine si tant avec les doigts qu'avec divers instruments on peut retirer quelques débris placentaires d'une odeur infecte. Après une heure de tentatives très pénibles, on renonce à extraire complètement le délivre et le Dr Champetier de Ribes fait installer l'irrigation continue par M. Varnier, suivant la méthode du professeur Pinard. La mort survient quelques heures plus tard.

« Ces deux dernières observations, dit M. Maygrier, montrent tout le danger qui peut résulter de la rétention prolongée de placentas multiples dans la cavité utérine à cette époque de la grossesse, malgré l'antisepsie la mieux faite. »

Au chapitre, traitant de la marche de l'avortement gémellaire, nous avons vu bon nombre de cas où la délivrance s'est faite rapidement après l'expulsion des fœtus.

Voici trois autres observations d'avortement gémellaire où elle s'est faite spontanément après quelques minutes. Deux proviennent de la Maternité, l'autre a été prise dans la thèse de Genesteix. Paris, 1886.

OBSERVATION LXXXIII

Avortement gémellaire de trois mois et demi. — Délivrance spontanée du délivre 20 minutes après l'expulsion des fœtus (Maternité).

La nommée R..., femme D..., couturière, 26 ans, est entrée à

la Maternité et placée à Sainte-Adelaïde, pour menace d'avortement, le 24 septembre 1880. On essaie d'enrayer la fausse couche, mais malgré les soins que l'on prit à cet égard on n'y parvint pas. Elle entra à la salle d'accouchement, le 1^{er} octobre à 3 h. 15 du soir, avec une dilatation de la grandeur de 2 francs. D'après les renseignements obtenus de cette femme elle dit avoir eu déjà un avortement de trois mois, sans cause connue. Elle est de constitution faible et lymphatique, et présente même des traces de scrofule. Premières règles à 13 ans et demi ; l'état habituel de la menstruation était régulier, tous les mois pendant 6 jours abondamment. Les dernières règles datent du 15 au 20 mai 1880. Au mois de juin, cependant, elle eut une légère perte de sang. Pendant le cours de sa grossesse, elle éprouva de la rachialgie, des étourdissements, des vomissements alimentaires et un dégoût prononcé pour le vin.

Le 1^{er} octobre, à 6 heures du matin, elle ressentit les premières douleurs mais ne monta à la salle d'accouchement qu'à 3 h. 15 du soir, ayant une dilatation comme 2 francs. Les membranes étaient rompues, la dilatation se fit rapidement et l'expulsion d'un premier fœtus eut lieu à 3 h. 30 du soir. Quelques minutes après, l'utérus entra de nouveau en contractions ; il était alors 3 h. 45 du soir, et se fit l'expulsion d'un deuxième fœtus. Tous deux vinrent par le sommet. Ces fœtus donnèrent des marques de vie ; en effet, à travers la paroi de la cage thoracique, on voyait les contractions cardiaques. Ils succombèrent rapidement. Le premier pesait 145 grammes et mesurait 19 centimètres. Le deuxième pesait 140 grammes et mesurait 21 centimètres. Le diamètre biparietal était pour l'un et l'autre de 3 centimètres et demi. Délivrance spontanée à 4 h. 10 du soir. Les placentas étaient distincts séparés par l'espace membraneux. Il y avait 2 poches distinctes aussi et 2 cordons ombilicaux.

Après la délivrance cette femme eut un frisson intense qui dura

un quart d'heure ; les extrémités ainsi que la muqueuse étaient violacées. Il y avait trouble dans la circulation, de plus le pouls était à 123 pulsations : la température était de 39°,1.

Cette femme est partie le 9 octobre.

OBSERVATION LXXXIV

Avortement de 4 mois. — Délivrances naturelles, l'une et l'autre effectuées séparément à deux jours d'intervalle (Genesteix).

Le 5 août 1884, à 9 heures du matin, la femme M... entre dans la salle d'accouchement : 35 ans, concierge, secondipare ; une fausse couche de 2 mois en février. Bonne constitution, bassin normal, menstruation régulière. Dernières règles le 29 mars, grossesse probable : 4 mois.

Apparition des premières douleurs le 5 août à 8 heures.

Le 10 août à 6 heures du matin, rupture des membranes du premier œuf ; à 11 heures, dilatation complète. Quelques minutes après, expulsion d'un premier fœtus masculin. Le 11 août 1884, à 8 heures du soir, rupture des membranes du second œuf. Le 12 à 11 heures du soir, dilatation complète, et quelques minutes après, expulsion d'un second fœtus féminin. Les délivrances naturelles l'une et l'autre se sont effectuées séparément à 2 jours d'intervalle.

L'auteur ajoute : Malgré la durée du travail, malgré la complication survenue dans l'acte de l'avortement, la température n'a pas dépassé 37,6°, sauf le lendemain de l'expulsion du second placenta où elle atteignit 38°, 2 mais une seule fois. Injections vaginales toutes les 2 heures. La malade sortit bientôt guérie.

OBSERVATION LXXXV

Grossesse gémellaire. -- Avortement de 3 mois et demi.

Maternité.

M..., multipare, a déjà eu un accouchement de jumeaux. Elle vint à la Maternité, le 1^{er} juin 1762, à 2 heures du matin. Dilation complète.

Membranes rompues, fœtus engagé dans le vagin. A 2 heures 1/2, l'expulsion eut lieu. Après la sortie de ce premier enfant on constata une tête engagée dans l'orifice. Des contractions se manifestèrent, et l'expulsion du deuxième enfant eut lieu à 3 heures du matin.

Le placenta n'était pas entièrement décollé, M^{lle} P... finit de le décoller et en fit l'extraction. La femme ne perdit pas, et fut transportée à Sainte-Magdeleine. Il n'y avait qu'une masse placentaire et une cloison formée par deux amnios. Une injection permit de voir qu'il y avait une branche artérielle qui faisait communiquer les deux articulations.

Suites de couches naturelles.

Cette dernière observation n'est pas suffisamment explicite, je la donne pour ce qu'elle vaut.

Les faits que je viens de rapporter ne contredisent en rien les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Maygrier et Démelin : mais comme sur 6 observations d'avortement à 3 et 4 mois, ils ont trouvé 6 rétentions de placenta, je devais mettre en regard les cas où cette rétention n'a pas eu lieu ; ce qui ne m'empêche pas d'admettre avec eux la fréquence de cet accident.

Ce qu'il est important de faire remarquer, c'est la rapidité avec laquelle évoluent les accidents septicémiques, une fois déclarés.

De la délivrance aux cinquième et sixième mois.

Au cinquième et au sixième mois, quand la grossesse est simple, généralement tout se passe comme si la grossesse était à terme; c'est comme on l'a dit un accouchement en miniature. Il en est de même quand la grossesse est multiple : les fœtus sont expulsés, suivis bientôt de leurs placentas. Cependant la rétention du délivre se présente encore assez souvent, quelquefois par la faute de l'accoucheur, d'autres fois sans cause connue.

J'ai cité deux observations où la rétention était due à l'administration intempestive d'ergot de seigle qui amena la rétraction de l'orifice utérin.

Voici trois autres observations dans lesquelles on a dû faire la délivrance artificielle et on ne voit pas la cause de la rétention. Elles proviennent toutes les trois de la Maternité.

OBSERVATION LXXXVI

Avortement gémellaire de cinq mois. — Premier fœtus, pieds; le deuxième aussi. — Délivrance artificielle pour rétraction utérine.

L..., primipare, 18 ans, reçue salle d'accouchement, le 9 septembre 1857, à 8 heures du soir. Début du travail, membranes intactes; on sent les pieds en première position. Les contractions utérines sont énergiques. A 11 h. 1/2 du soir, dilatation complète.

On rompit les membranes, et avec le liquide amniotique, fut expulsé un enfant vivant du terme de cinq mois pesant 595 grammes. Après sortie, deuxième poche d'eau dans laquelle flottaient des extrémités. Les contractions toujours fortes rompirent la poche amniotique quelques instants après la naissance du premier enfant. Le second jumeau fut chassé comme le premier très rapidement. Le tronc et la tête n'exécutèrent aucun mécanisme. Son poids était de 670 grammes.

Comme l'orifice se resserrait avant que les placentas soient engagés, on introduisit la main dans l'utérus pour les décoller et les extraire.

Ces organes sont réunis par un cotylédon commun dans lequel viennent se rendre les vaisseaux. Une artère volumineuse surtout, rend la circulation commune. Les coques sont séparées seulement par les amnios.

Les enfants succombèrent quelques minutes après la naissance.

OBSERVATION LXXXVII

Avortement gémellaire à cinq mois. — Hydramnios des deux œufs. — Rétraction de l'orifice utérin. — Délivrance artificielle ; les cordons cédant sous les tractions.

B..., multipare, 23 ans, entre salle d'accouchement, le 26 février 1852. Dilatation complète, membranes intactes. Présentation du sommet en O. I. D. P. Ventre peu volumineux. Les membranes se rompent ; il s'écoule du liquide amniotique assez abondant. Cependant le ventre n'a pas diminué de volume. La tête s'engage et est expulsée immédiatement, le tronc suit facilement ; il est 10 h. 1/4. L'enfant est vivant, du terme de cinq mois. L'utérus reste gros, aussi fait-on une double ligature. Au toucher, on sent une deuxième poche d'eau volumineuse. Absence de parties fœtales.

Les contractions cessent pendant quelques instants, mais reviennent bientôt. La main droite introduite dans le vagin, sent les pieds au-dessus du détroit supérieur. On rompt les membranes, il s'écoule une grande quantité de liquide et les pieds ne descendent pas, on ne put les ramener avec la main droite. On introduit alors la main gauche qui ramène les pieds. Les fesses s'engagent en S. I. G. A. Quelques contractions surviennent, et le tronc est expulsé sans difficulté. Il est 10 h. 1/2. L'enfant est vivant. L'utérus se rétracte bien. On procède à la délivrance, le placenta ne s'engageant pas ; l'orifice était revenu sur lui-même. On fit quelques tractions sur le premier cordon qui sembla suivre les tractions ; de même sur le deuxième, on a les mêmes résultats. On introduisit alors la main droite sans difficulté à l'orifice ; il n'y avait aucune adhérence ; on passa la main derrière le placenta et on le ramena en avant. Il franchit l'orifice utérin facilement, puis la vulve. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION LXXXVIII

Avortement au cinquième mois. — Rétraction du col sur le deuxième fœtus. — Version avec difficulté. — Enfants morts et putréfiés. — Rétraction du col avant la délivrance. — Délivrance artificielle.

W..., multipare, 23 ans, constitution forte, entre salle d'accouchement, le 3 mai 1853, à 3 heures du soir. Col court et ouvert, souple. Contractions faibles et éloignées, membranes intactes. Il y avait absence des parties fœtales par le toucher. Le palper abdominal n'offre rien de particulier. On n'entend rien par l'auscultation et cette femme dit ne plus sentir remuer son enfant depuis quelques jours. On la conduisit salle Sainte-Claire et à 9 heures

du soir elle fut reçue de nouveau dans la salle d'accouchement. Le col était presque complètement effacé, les contractions fortes et rapprochées, les membranes bombaient, et la partie fœtale était très élevée. On sentit une petite partie mobile flottant dans les membranes et qu'on prit pour un pied. La dilatation s'opéra graduellement. Les membranes s'engageaient dans l'orifice et les pieds devenaient plus accessibles. Le 3 mai, à onze heures du soir, on introduisit la main dans le vagin, on rompit les membranes, les pieds furent saisis et amenés à la vulve. Les contractions expulsèrent le fœtus, du sexe féminin, né mort; il était 11 heures et demie du soir. Après sa sortie, l'utérus resta volumineux. On pratiqua le toucher; on sentit une seconde poche et une partie solide élevée avec des extrémités. Le col se resserra bientôt quoiqu'ayant été complètement développé. On introduisit la main pour aller chercher les pieds qui furent amenés avec difficulté. Les enfants, tous les 2 morts et putréfiés, sont du poids de 1050 grammes, du terme de 5 mois. Cette femme donne pour cause de l'avortement, une chute après laquelle il s'est manifesté un frissonnement et une petite éruption. Immédiatement après la sortie des enfants, on fut décoller les placentas, car le col se resserrait. Après avoir examiné les placentas attentivement, on vit qu'ils ne formaient qu'une seule masse, et la circulation paraissait être commune. A la face fœtale, cloison membraneuse, formée de deux membranes, les deux amnios. Suites de couches naturelles.

En résumé, dans l'avortement gémellaire, la rétention de l'arrière-faix est presque la règle au troisième et au quatrième mois. Cette rétention est excessivement grave, comme en témoignent les 2 observations de M. Maygrier, dans lesquelles cet accident a été suivi de septicémie et de mort.

Au cinquième et au sixième mois, la rétention est moins

fréquente, mais elle n'est pas rare, et elle se produit par le même mécanisme que dans l'accouchement à terme, par rétraction de l'orifice utérin, avant l'expulsion de l'arrière-faix.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC.

Après tout ce qui vient d'être dit sur ce sujet, il est facile de voir combien est sérieux le pronostic de l'avortement gémellaire.

Ce qui fait la gravité de cet accident, c'est qu'il se produit toujours en deux temps et que très souvent il y a rétention du ou des placentas. C'est que ces placentas sont volumineux et qu'ils se putréfient avec une grande rapidité.

Il me suffira de rappeler que sur 6 cas observés par M. Maygrier, il y a eu six fois rétention du placenta et 2 cas de mort, pour montrer combien le pronostic doit être réservé.

Cependant, ma statistique, tendrait à faire croire que M. Maygrier a été mal partagé. En effet, sur 36 avortements gémellaires étudiés uniquement au point de vue de la délivrance, j'ai trouvé 21 délivrances rapides et 15 cas de rétention du placenta ayant nécessité l'intervention. Pas de décès.

Sans rien enlever à la gravité de cet accident, cette statistique rendrait le pronostic de l'avortement gémellaire un peu moins sombre.

CHAPITRE IX

DE LA CONDUITE A TENIR.

1° Pendant l'avortement.

2° Pendant la délivrance.

I. — *Conduite à tenir pendant l'avortement.*

Traitement prophylactique. — Il est le même que celui de tout avortement simple. On essaiera par tous les moyens possibles, d'enrayer le travail s'il est commencé ; et cela, que l'on ait ou non des signes certains de la vie du fœtus. Nous avons vu combien ce point est difficile à établir. On agira donc dans tous les cas, comme si le ou les fœtus (si l'on soupçonne une grossesse gémellaire) étaient vivants.

Mais l'avortement n'a pu être enrayé, que faire ?

Il faut laisser agir la nature. Si les deux fœtus étaient contenus dans la même poche, ils seront expulsés en même temps, ou à quelques minutes d'intervalle. S'ils ont chacun leur poche distincte, ordinairement, après l'expulsion du premier œuf, il y aura un temps d'arrêt. La conduite à tenir variera alors suivant diverses circonstances :

1° Si les deux placentas sont expulsés avant la sortie du second fœtus, comme j'en ai relevé un cas à la Maternité il est évident qu'il ne faut pas laisser dans l'utérus ce

second enfant qui ne tarderait pas à succomber et à se putréfier. Si la matrice ne s'en débarrasse pas immédiatement, il faut aller à sa recherche aussitôt et en faire l'extraction.

2° Si son placenta a suivi le fœtus expulsé, il n'y a pas de doute, tout doit être tenté pour arrêter les contractions et prolonger la vie intra-utérine du deuxième enfant.

Depaul s'exprime ainsi à ce sujet : « Si après la naissance d'un premier enfant, suivi bientôt de son délivre, le travail se suspendait, et que la nature ne semblât pas disposée à entreprendre l'accouchement du second enfant, je crois qu'il serait logique d'attendre. Il est bien entendu toutefois, qu'il n'y a ni hémorrhagie, ni convulsions, ni accidents de quelque nature que ce soit, qui puisse vous imposer une autre ligne de conduite. Il faut pour agir de la sorte, que vous ayez sous les yeux une femme bien constituée, qui n'aura pas été encore affaiblie par l'accouchement ou pendant la grossesse. Il faut en outre que vous entendiez parfaitement les bruits du cœur du deuxième enfant encore enfermé dans la matrice. Cette décision, vous la prendrez surtout, si le premier enfant est relativement petit ; si d'après son volume et les renseignements que vous aurez recueillis, la grossesse n'est pas arrivée à son terme normal. Vous pourrez espérer alors..., que le fœtus resté dans la matrice continuera à se développer, et pourra atteindre le terme régulier de la gestation. »

Carl Braun dit : « Dans l'intérêt du fœtus, il ne faut pas, quelque temps après le premier accouchement, rompre la seconde poche des eaux, car après l'expulsion d'un fœtus non à maturité et gâté, l'autre peut rester dans l'utérus tout le

temps nécessaire à sa maturation. Rompre sans raisons ses membranes, c'est s'opposer directement à son développement ultérieur. »

C'est aussi l'opinion de Charles de Liège: « Si l'on est à une époque éloignée du terme, et que la matrice semble rester absolument tranquille après la sortie du premier enfant, on doit respecter ce repos, attendu que le second enfant peut encore être toléré plus ou moins longtemps et être expulsé quand il sera plus développé, donc avec plus de chances de vivre. »

Le Dr Rosario Pugliatti a publié une intéressante observation d'accouchement prématuré au sixième mois, dans laquelle un premier fœtus fut expulsé avec son placenta. Temps d'arrêt. On put arrêter le travail et prolonger de 15 jours le séjour intra-utérin du deuxième enfant; on l'eut prolongé davantage, sans l'imprudence de la mère. Je demande la permission de rapporter cette observation en entier, quoiqu'elle soit un peu longue, parce que je n'en ai trouvé la traduction nulle part, et elle est très importante; car, si l'on peut ainsi arrêter le travail, en cas d'accouchement prématuré, à plus forte raison, sera-t-il possible de la suspendre en cas d'avortement.

OBSERVATION LXXXIX

Un caso di parto bigemino non simultaneo. Roma, 1881.

Femme de 34 ans, de constitution peu forte. Un de ses parents du côté maternel a eu une grossesse gémellaire.

Dans son enfance elle a eu des manifestations de scrofule qui ont laissé de petites cicatrices sur le côté gauche du cou. Réglée

à 15 ans, la menstruation s'est reproduite toujours sans douleur, régulièrement en quantité et en qualité. Mariée à 22 ans, elle devient mère au bout de 14 mois. Grossesse normale, accouchement spontané d'un enfant dans de bonnes conditions. Suites de couches physiologiques. Allaitement pendant 16 mois.

Deuxième grossesse dans sa vingt-septième année, qui se termine par un avortement à six mois, du à une influence morale. Cet avortement fut accompagné de métrorrhagie et suivi d'une affection chronique de l'utérus, qui non soignée immédiatement, fut l'origine de longues souffrances et de médications nombreuses.

En 1880, elle redevint enceinte. Les dernières règles datent du 20 au 25 mars. Mouvements actifs perçus dans les deux côtés du ventre, avec sensation douloureuse, croissant avec la grossesse elle-même, vers le milieu du mois d'août. A partir de cette époque, toux, dyspnée, palpitations ; puis, prurit vulvaire.

D'après les indications de Schultze, l'époque de l'accouchement aurait dû être le 29 décembre.

Etat actuel fourni par l'examen du 7 octobre. Les fonctions des centres nerveux et de leurs dépendances sont normales. Le thorax est bien conformé ; à l'inspection et au palper, de même qu'à la percussion, on obtient des signes négatifs de maladie.

Auscultation : le murmure vésiculaire est distinct, un peu rude, l'expiration prolongée, accompagnée de quelques gros râles bulleux ; mouvements respiratoires, 26 par minute ; pouls médiocrement ample, dépressible, 80 pulsations par minute.

Troubles du côté du tube digestif.

Membres inférieurs : varices et œdème ; œdème sus-pubien ; cet œdème manque totalement aux mains et aux paupières. Squelette normal, régulier ; bassin normal. Ventre volumineux, élargi ; en son milieu, dépression longitudinale ; la forme de l'utérus est semblable, très appréciable au palper ; le fond est à la moitié de

l'espace qui sépare l'ombilic de la cavité épigastrique, à 27 centimètres au-dessus du pubis. Le liquide semble abondant; les mouvements fœtaux sont perceptibles en plusieurs points et surtout sur les côtés. Trois grosses parties fœtales et de consistance inégale sont senties à travers l'utérus. Deux foyers d'auscultation non isochrones.

La vulve à cause du prurit vulvaire est enflammée; les grandes et petites lèvres sont tuméfiées, fourchette intacte; vagin humide, dilaté, de longueur normale. Col de l'utérus ramolli, perméable à la pointe du doigt explorateur; évasement de la partie intérieure de la matrice peu prononcé, comme le ballottement. On ne distingue pas la partie fœtale qui se présente; on n'atteint pas l'angle sacro-vertébral. Le vagin et l'utérus, autant que le permet l'examen, sont indemnes de tout vice de conformation. Périnée normal, seins normaux, bien développés, donnant à la pression un liquide lactescent.

Diagnostic facile. Grossesse gémellaire dans la première quinzaine du septième mois; fœtus vivant; prurit vulvaire; femme multipare bien conformée, affectée de catarrhe des grosses bronches.

Les prescriptions faites se limitèrent au repos, l'usage d'une ceinture, règlement de vie, combattre la constipation à l'aide de lavements émollients et huileux; usage de temps en temps des alcalins à dose modérée.

Pour le prurit vulvaire, lotions répétées dans la journée d'eau végéto-minérale au borate de soude; injections vaginales d'eau phéniquée deux fois par jour, et application sur la vulve d'eau phéniquée à 2 pour 100.

Avec ce traitement, nouvelle phase de la grossesse; vrai calme; le prurit cède complètement dès le deuxième jour de la médication phéniquée; de même les troubles respiratoires et circulatoires, en observant le repos. Cet état dura peu de temps;

le développement croissant de l'utérus fit que le calme obtenu disparut, et dans les derniers jours d'octobre les troubles reparurent.

Les modifications déjà notées de la partie vaginale du col et du segment inférieur étaient plus accentuées, en rapport avec l'accouchement; mais il ne semblait pas inévitable; aussi aux dernières prescriptions furent ajoutés les lavements opiacés. On obtint quelques résultats, mais de peu de durée, et le 2 novembre la femme entre en travail. Le D^r Tuffner fut le premier arrivé; je n'arrivai que 3 heures après, et malgré peu de douleurs, la dilatation de l'orifice utérin était croissante; poche des eaux unique et intacte, à travers laquelle on distinguait une présentation du sommet en 1^{re} position. On débarrassa aussitôt la vessie et le rectum. Les contractions continuèrent alors avec plus d'énergie; la poche des eaux qui bombait ne tarda pas à se rompre, et la période d'expulsion sembla devoir s'accomplir en peu de temps. Mais soit que la tête fut arrêtée au détroit supérieur, l'accouchement se ralentit et allait être terminé par le forceps, lorsque de nouvelles contractions plus fortes, aidées de l'expression, expulsèrent un fœtus masculin, vivant, peu développé, avec le caractère de 6 mois.

Le volume de l'utérus et la présence d'une deuxième poche d'eau confirmèrent le diagnostic qui avait été porté; et ainsi furent prises toutes les mesures dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

L'écoulement momentané d'une certaine quantité de sang par les organes génitaux et la persistance des douleurs firent soupçonner un placenta détaché; cependant, les battements cardiaques ne montraient pas la moindre souffrance de la part du fœtus encore dans l'utérus; c'est pourquoi, deux doigts furent portés, le long du cordon, à l'orifice interne, et après, touchèrent le placenta, en pénétrant avec précaution, et l'éloignèrent de la poche

intacte du deuxième fœtus. Ce placenta était complètement isolé de l'autre, ne présentant aucune trace de réunion.

Pendant 10 minutes, à peu près, ralentissement des douleurs, calme et bien-être de la femme, et à travers les parois abdominales, on sentait le globe utérin volumineux, qui prenait toujours plus son ton propre ; absence complète de sang aux organes génitaux externes.

Au bout de quelques minutes, les contractions utérines ne tardèrent pas à reprendre. D'abord faibles, elles tendirent toujours à se régulariser, influençant favorablement le travail pour l'expulsion du deuxième fœtus. C'était, et vous en aurez la raison dans la suite, ce que je voulais éviter à tout prix. Je fis donner immédiatement un lavement laudanisé, recommandant à la femme le plus possible, le repos des muscles volontaires, et faute de temps, les douleurs persistant, je mis en œuvre les inhalations de chloroforme, que je continuai pendant environ 20 minutes, jusqu'à ce que les douleurs diminuèrent d'intensité et de fréquence, et pendant quelques instants elles se suspendirent. Durant les dernières inhalations, la conscience fut complètement perdue. Deux grammes de chloral furent administrés dans les 2 heures qui suivirent. Les battements du cœur fœtal sont toujours normaux ; l'utérus en repos médiocrement rétracté, absence complète d'hémorrhagie, le calme absolu de la femme, furent le résultat obtenu et désiré. Ces bonnes conditions continuèrent dans la nuit suivante, et d'ailleurs, il est à remarquer qu'une très petite quantité de sang et quelques grumeaux sanguins sortirent des organes génitaux.

Les conditions générales du nouveau-né étaient très pauvres ; il vint au monde le corps recouvert d'une couche caséeuse, etc.

Je recommandai à la famille de maintenir le milieu à une température élevée ; que l'enfant fut enveloppé de ouate et entouré

de boules pleines d'eau, et en même temps, de lui procurer le plus vite possible une nourrice.

3 novembre. — Premier jour après le premier accouchement. La femme a passé une bonne partie de la nuit dans le calme; sommeil tranquille; elle a pris du pain, un peu de vin de Bordeaux et a uriné spontanément. Au moment de ma visite, le bien-être persiste. Les parois abdominales sont souples et flexibles; le météorisme a disparu; absence complète de douleurs; l'utérus de forme plutôt ovale, offre la consistance ordinaire qu'il a pendant la grossesse; le fond est à 31 centimètres au-dessus du pubis. Des organes, sort un peu de liquide brun-roussâtre et des petits grumeaux sanguins. Le toucher montre le col utérin reformé; il est mou et facilement perméable au doigt; l'orifice interne est rétracté, mais admet librement la dernière phalange du doigt explorateur. Si de plus amples renseignements ne sont pas tirés de ce mode d'exploration, la raison en est facile à comprendre. Les mamelles sont plus turgides que précédemment; à la pression, on ne fait sourdre que du liquide lactescent.

L'état général est satisfaisant; à l'auscultation, les bruits fœtaux sont normaux. Température 37°,5. L'allaitement fut proscrit et je prescrivis l'alimentation exclusive de pain en petite quantité, une décoction de tamarin et un lavement émollient. Rien de nouveau dans la soirée.

Deuxième et troisième jour après l'accouchement. — Tout va bien, l'appareil génital reste comme nous l'avons dit, la sécrétion des lochies normale, peu abondante, brun-roussâtre et sans grumeaux. Cependant les sueurs sont médiocres. Le désir de nourriture devient plus pressant. L'enfant fut confié le deuxième jour à une nourrice.

Du quatrième au onzième jour. — La femme continue à se sentir bien, reste sans douleurs dans son lit, elle a de l'appétit et demande à se lever, ce qui lui fut refusé. Le fond de l'utérus est

de quelques centimètres au-dessus du point noté. Les lochies imperceptibles, rosées et sans odeur. Rien de nouveau aux mamelles. L'auscultation et la palpation utérine révèlent un très bon état de l'enfant. Le nouveau-né dépérit de jour en jour, malgré les meilleurs soins.

Du douzième au quinzième jour. — Tout va comme de coutume ; la parturiente croit, pure idée, que le dépérissement de son enfant dépend exclusivement de la qualité du lait de la nourrice, et à l'insu de tous elle donne le sein à son enfant.

Vers le quinzième jour après sa naissance, cet enfant avait cessé de vivre. La femme entra en travail, et le jour suivant, elle était de nouveau mère.

Quinzième jour, au soir. La malade ressent des douleurs partant de la région sacrée, allant jusqu'au-dessus de l'ombilic ; elle s'agite, est inquiète et sûre d'entrer dans une nouvelle phase, celle d'un second travail.

L'exploration de l'utérus, montre un commencement de travail qui continue malgré tous les moyens, laudanum, chloral... En sorte que le 19 novembre 15 jours après le premier accouchement à 3 heures du matin, elle accouche du second enfant. La première période dura de 8 à 9 heures, la seconde, environ 3 quarts d'heures. Le fœtus présentait le siège en troisième position et fut expulsé spontanément, Le délivre sortit naturellement, 25 minutes après le fœtus. L'utérus entra en état d'inertie, et un peu de sang s'écoula qui céda aux frictions sur le fond de l'utérus.

Suites de couches bonnes, la malade se lève le dixième jour après son deuxième accouchement.

Elle nourrit elle-même son enfant qui devient de plus en plus vivace.

De cette observation, il résulte clairement qu'un fœtus étant expulsé, suivi de son placenta, si le travail subit un

temps d'arrêt, il faut non seulement respecter ce repos, mais le favoriser par tous les moyens possibles : laudanum, chloral, chloroforme même, qui semble avoir donné de bons résultats à Pugliatti.

Si les douleurs reparaissent, l'accoucheur doit tout mettre en œuvre pour les faire disparaître.

Pugliatti va plus loin : L'accoucheur, dit-il, qui en de telles circonstances assiste une femme, est responsable de la vie des deux êtres, la mère et l'enfant qu'elle porte. Tous les deux demandent à vivre sans dommage l'un pour l'autre....

Or, si dans une grossesse gémellaire, le fœtus venu au monde est abortif, ou prématuré, et dans des conditions de développement telles que sa vie extra-utérine est compromise l'accoucheur peut-il consciencieusement vouloir que le deuxième accouchement se fasse ? Non, un homme consciencieux ne fait pas de victimes inutiles....

C'est en vain que l'on objectera qu'en retardant l'expulsion du deuxième fœtus, alors que la dilatation des voies génitales est disparue, on nuit à la femme en l'exposant aux dangers d'un second accouchement.

Il est vrai, elle est appelée à accoucher une seconde fois, mais, quel parallèle peut-on établir entre la mort d'un enfant et un accouchement ?

Ne cite-t-on pas nombre de mères, qui s'exposent à se faire ouvrir le ventre sans espérer d'autre compensation que de pouvoir entendre les vagissements de leur enfant ?

3° Un fœtus étant expulsé, son placenta reste dans l'utérus.

Dans l'*Amer. Journ. of obstet.*, 1887, p. 844, Reichard rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION LXXXX

Incomplète Abortion of twin Pregnancy.

Femme enceinte de 3 à 4 mois ; quelque chose pend dans le vagin, c'est une anse de cordon. Expulsion du fœtus quelques jours plus tard, sans douleurs ni hémorrhagie.

Pas d'expulsion du placenta. On pratique le toucher, on ne sent pas le placenta, mais les membranes d'un second fœtus. Pas d'accidents. La famille s'alarme. On consulte un autre médecin : On rompt les membranes et le fœtus est expulsé.

Le placenta est senti au fond de l'utérus ; on l'enlève, on ne trouve aucune trace des deux placentas.

L'auteur remarque qu'on aurait pu laisser évoluer la grossesse. Etait-ce ce qu'il fallait faire ?

Les avis des auteurs varient beaucoup sur la conduite à tenir dans ce cas.

Pugliatti, dans les considérations cliniques dont il fait suivre son observation, donne l'opinion de quelques-uns.

Pour Carl Braun : Le placenta du premier fœtus se présentant, on peut avec précaution l'éloigner doucement de la poche des eaux du second, et on laisse cette poche.

Au contraire Cazeaux, Moriceau, Denman ne veulent pas qu'on extraie le premier placenta avant la naissance du second enfant, car on s'expose à avoir une hémorrhagie inévitable.

Peu croit bon dans certains cas d'extraire le premier placenta, alors qu'on a constaté son complet isolement, avant la naissance du deuxième fœtus.

Pour Schröder : « La diminution subite et considérable qui se produit dans le volume de l'utérus, par l'accouchement du premier fœtus, peut produire le décollement partiel ou complet du placenta du second fœtus, décollement qui l'expose à des dangers, et exige l'extraction artificielle. » L'auteur redoute ce décollement pour l'enfant, mais ne craint pas, comme Cazeaux, l'hémorrhagie pour la mère.

Collins dit : « J'ai vu quelques exemples où le placenta du premier fœtus sortit sans intervention avant la naissance du second, et il n'y eut aucune hémorrhagie importante. » Il cite des exemples.

Dawson écrit aussi : « J'ai vu deux cas d'avortement gémellaire où le placenta du premier fœtus sortit avant la naissance du second. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. »

Comme on le voit, les uns sont pour l'extraction immédiate du second fœtus, afin d'éviter l'hémorrhagie qui menace la mère. Mais Pugliatti fait remarquer que cette hémorrhagie se produit rarement, et c'est en effet, ce qui semble ressortir des observations que j'ai recueillies. Pour Schröder, le danger n'existerait que pour le fœtus ; mais cet argument est sans valeur, car le plus grand danger pour le fœtus c'est son expulsion, puisqu'il ne pourra y survivre.

Si après l'expulsion d'un fœtus, on constate, au toucher, que le placenta est complètement détaché, libre de toute adhérence avec l'autre œuf, la conduite à suivre est celle que Pugliatti indique dans son observation ; mais il faut être extrêmement prudent dans cette intervention. Elle a d'ailleurs l'avantage d'épargner à la femme quelques douleurs et surtout quelques efforts.

Mais, le placenta n'est pas décollé, on ne le sent pas. Que faire? Hubert de Louvain, page 220 de son *Traité des Accidents*, s'exprime ainsi : il se peut que le premier fœtus ne soit pas viable, et qu'après son expulsion, la matrice rentre dans le repos, et tende à se refermer. On doit dans ce cas couper le cordon, ou le broyer avec une pince, dans le vagin, assez près du col, et s'abstenir de toute intervention, car on a l'espoir de voir peut-être le second enfant porté jusqu'à maturité. » C'est aussi l'avis de Charles de Liège : « Il est plus rare que le placenta reste ; alors, il faut lier et couper le cordon aussi haut que possible, mais la chance de voir continuer la grossesse un certain temps est bien faible.

« Si le second fœtus n'était pas vivant, s'il y avait du côté de la mère quelque accident ou une indication quelconque de terminer, on devrait évidemment procéder sans retard à l'extraction du second jumeau. »

Telle est du reste la conduite que recommandent les accoucheurs français.

Dans l'avortement gémellaire, l'indication est donc d'essayer de prolonger la vie intra-utérine du second œuf, lorsque le premier a été expulsé. Mais cette conduite est subordonnée à trois conditions qui sont :

- 1° Que le second œuf soit intact.
- 2° Que le fœtus qu'il renferme soit vivant.
- 3° Qu'aucun danger ne menace la vie de la mère.

En effet, si les membranes du second œuf sont rompues, le liquide écoulé, le fœtus devient une cause d'irritation pour l'utérus. Lorsque cet accident survient, nous savons qu'il est suivi bientôt d'avortement ou d'accouchement prématuré. Delamotte cite bien deux cas où la grossesse continua à évoluer

pendant un mois et deux mois, après la perte du liquide amniotique ; mais ce sont là des raretés scientifiques avec lesquelles on ne doit pas compter.

Si le fœtus est mort, il est inutile d'exposer la femme aux souffrances et aux périls d'un second travail.

Si une hémorrhagie ou un autre accident survient, menaçant la vie de la mère, il n'y a pas à hésiter, il faut sacrifier l'enfant, et en faire l'extraction immédiate.

4° Les deux fœtus sont expulsés.

Il ne nous reste qu'à étudier la conduite à tenir dans la délivrance.

II. — *De la conduite à tenir pendant la délivrance.*

Ici encore on doit considérer l'âge de la grossesse.

MM. Tarnier et Budin, dans leur traité classique, s'expriment ainsi :

« Avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement faite, disent-ils, sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares. Nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, l'expérience de l'hôpital et de la pratique civile. »

MM. Tarnier et Budin, en parlant ainsi, n'ont en vue que l'avortement simple. La ligne de conduite sera-t-elle la même dans le cas d'avortement gémellaire ? Certainement non. Après tout ce que nous venons de dire sur la délivrance, la seule conclusion à tirer est celle-ci : Quel que soit l'âge de la grossesse, il faut à tout prix que les placentas soient expul-

sés; même au troisième et au quatrième mois; M. Maygrier nous en donne les raisons :

« En présence d'un avortement multiple de trois à quatre mois, dit-il, étant donné d'une part les caractères particuliers que présente le délivre, et d'autre part les accidents terribles auxquels nous avons vu sa rétention donner lieu dans deux cas, malgré l'antisepsie faite avec le plus grand soin au moins dans l'un d'eux, il nous semble que les conditions ne sont plus les mêmes et que la conduite à tenir doit être envisagée d'une autre façon. On se trouve en effet en présence d'une situation analogue à celle d'un avortement simple qui aurait lieu à 5 ou 6 mois de grossesse, ou même d'un accouchement prématuré : l'utérus est très développé, sa cavité fréquemment distendue par un excès de liquide amniotique, est assez grande pour qu'on puisse y évoluer facilement. Or, à cinq ou six mois, en présence d'une rétention du délivre, l'hésitation n'est pas permise et il faut intervenir sous peine de voir survenir les complications les plus graves par suite de la putréfaction d'un placenta volumineux. La conduite à tenir doit donc être la même dans le cas d'avortement multiple. »

Il faut donc intervenir. Mais à quel moment et comment ?

Si l'accoucheur assiste à l'avortement et qu'après l'expulsion du fœtus les placentas ne suivent pas immédiatement, son premier soin doit être de se rendre compte de l'état du col.

Le col est-il largement dilaté et sans aucune tendance à se refermer, on attendra quelque temps; la délivrance peut se faire spontanément. Mais on surveillera attentivement l'orifice utérin et à la moindre velléité qu'il aurait de se

refermer on introduirait la main dans l'utérus et on extrairait l'arrière-faix.

La même conduite s'impose alors même que le col reste dilaté, si le placenta ne se décolle pas. L'expectation prolongée ne peut être que nuisible à la malade.

MM. Maygrier et Demelin pensent que lorsqu'un des placentas a suivi les fœtus, l'autre restant dans la matrice, on pourrait être autorisé à attendre en pratiquant l'antisepsie, parce que dans ce cas, on se trouve dans les conditions de la rétention du placenta après un avortement simple. Ils citent à l'appui de leur opinion une observation relatée dans la thèse de Genesteix : Une femme expulse deux jumeaux à quatre mois de grossesse ; l'un des placentas est éliminé, l'autre est retenu. On attend et on fait des injections antiseptiques toutes les deux heures. Deux jours plus tard, le second placenta est expulsé.

A cette observation je puis en joindre une seconde plus détaillée, recueillie et publiée par M. Dauchez, alors interne des Hôpitaux :

OBSERVATION LXXXXI

Grossesse gémellaire. — Avortement de 4 mois 1/2. — Rétention du placenta pendant plus de cinq semaines. — Guérison. — Aucun accident septicémique.

(Obs. recueillie par Dauchez interne des hôpitaux).

La nommée C..., âgée de 29 ans, lingère, entre le 6 janvier 1881. La malade est enceinte de 4 mois 1/2 environ, bien qu'elle paraisse enceinte de 6 mois, car le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Cette femme a eu deux grossesses antérieures qui

ont été bonnes et qui ont pu arriver à terme. On n'a pas eu besoin d'appliquer le forceps.

L'un des enfants a vécu, il a 4 ans ; l'autre est mort.

Dans la matinée du 6 janvier, la malade se sentit mouillée et vit en même temps s'écouler sur le sol une assez grande quantité de liquide amniotique. Elle n'eut aucune hémorrhagie ; toutefois, elle éprouva quelques douleurs et un peu de courbature.

Le lendemain, 7 janvier, il s'écoula de nouveau deux ou trois verres de liquide amniotique ; la malade effrayée nous fait demander. Le col est alors complètement effacé, dilaté et présente la largeur d'une pièce de deux francs. La poche des eaux forme une légère saillie. Mais le doigt ne peut pas encore sentir la tête fœtale qui n'est pas engagée. Nous n'entendons pas de battements du cœur du fœtus. Néanmoins la malade nous assure qu'elle a senti son enfant remuer, le matin.

Repos absolu au lit, six lavements laudanisés de 10 gouttes chacun sont prescrits de 2 heures en 2 heures.

8 janvier. — Même état. La dilatation du col a peu diminué. Dans la soirée il s'écoule quelques gouttes de sang. Même traitement, lavements laudanisés toutes les 3 heures, sauf après le repas.

Le 9. — Nous ne trouvons le matin aucun changement dans l'état du col.

A 5 heures du soir, la malade ressentant de vives douleurs notre collègue de garde, M. Ollive, est appelé auprès d'elle. Le toucher vaginal fait constater la présence d'un fœtus bientôt expulsé ; ce fœtus était mort depuis plusieurs jours et déjà un peu macéré ; le cordon en paraît très fragile ; aucune traction n'est faite pour délivrer la femme, l'utérus ne se rétracte pas, il n'y a pas d'hémorrhagie. Deux heures après M. Ollive est de nouveau appelé auprès de la femme qui ressent d'assez vives douleurs. Croyant alors ces douleurs occasionnées par la présence du pla-

centa, il veut faire une traction sur le cordon qui se brise; le toucher lui fait ensuite constater une seconde poche amniotique dans laquelle est un fœtus que l'on sent remuer. Ce fœtus est expulsé deux heures après, et le placenta de ce deuxième fœtus suivait peu après son expulsion. L'insertion du cordon sur ce placenta était marginale. Nous cherchons mais en vain, s'il ne se trouvait pas à sa surface une seconde implantation. L'utérus avait donc renfermé autant de placentas que de fœtus; l'un des deux placentas était resté; l'autre venait d'être expulsé.

Nous recommandons à la malade et à la garde de surveiller très attentivement les alèzes sur lesquelles s'écoulent les lochies. Dans la nuit la malade perd quelques gouttes de sang.

Le 10. — La malade ne perd pas; elle ne souffre pas; l'utérus déborde la symphyse de 5 ou 6 travers de doigt. Sulfate de quinine. Injections phéniquées trois fois par jour.

Le 12. — Le placenta n'est pas sorti; l'utérus n'est pas diminué.

Le 13. — Apyrexie complète.

Le 14. — Même traitement. L'écoulement lochial est presque nul et sans odeur.

Le 15. — Même état, la malade ne perd pas. Pas de frissons.

Le 16. — La malade demande à se lever, on le lui refuse. La sécrétion lactée s'est établie.

Le 17. — L'utérus diminue de volume. La malade a rendu un ou deux petits caillots.

Le 18. — Les linges sont tous examinés par nous.

Le 19. — Apyrexie complète. Même traitement. Lavement purgatif.

Le 20. — Le col s'est refermé depuis plusieurs jours.

Le 25. — L'utérus a repris sa place dans le petit bassin. La malade demande encore à se lever. Nous lui permettons de se promener dans sa chambre.

Il est intéressant de remarquer dans cette observation que la malade a gardé dans son utérus, pendant cinq semaines, un placenta altéré qui n'est pas encore expulsé actuellement. Nous avons prévenu la malade de surveiller attentivement à l'époque de ses règles les caillots sanguins qu'elle perdrait pour nous les faire examiner. Il ressort encore de cette observation que les accidents septicémiques ne se développent pas fatalement, lorsqu'on prend pour les éviter certaines précautions nécessaires : injections phéniquées intra-vaginales, sulfate de quinine. Pourtant, il faut reconnaître que ces accidents se développent parfois, alors même que toutes ces précautions ont été prises, probablement sous l'influence d'une prédisposition individuelle.

Cette dernière remarque que fait M. Dauchez est très juste. Et, dans les observations 76 et 77, on peut voir que la rétention du placenta du deuxième fœtus a été suivie d'infection.

Aussi, peut-être serait-il plus prudent d'intervenir.

Mais après l'expulsion des jumeaux, le col n'est pas toujours dilaté; il peut avoir conservé une certaine longueur. C'est ce qui arrive quand l'avortement a lieu de bonne heure, dans les premiers mois. Dans ce cas encore, la délivrance peut se faire; mais cette heureuse terminaison est trop rare, nous l'avons vu, pour qu'on puisse y compter. Il faut donc intervenir immédiatement: Dilater le col et extraire les placentas.

On se trouvera dans des circonstances presque identiques si l'avortement a eu lieu depuis un certain temps, depuis plusieurs heures ou plusieurs jours même; le col se sera

reformé, et la même conduite s'imposera. Est-il besoin de dire qu'elle s'imposera bien davantage si cette rétention prolongée a occasionné des accidents, hémorrhagies, septicémie, etc.

A toutes les raisons données pour justifier l'intervention immédiate, MM. Maygrier et Démelin en ajoutent une autre : Ce serait « d'une part, la difficulté de faire une antiseptie suffisante pour désinfecter une masse placentaire considérable, si elle vient à se putréfier ; d'autre part, la *nécessité de renoncer au sublimé*, l'antiseptique le plus puissant à cause des dangers d'intoxication qui pourraient survenir ; car dans ces conditions, le placenta se laisse imbiber à l'instar d'une éponge et il emmagasine et retient une quantité plus ou moins considérable de substance toxique. » A l'appui de cette opinion, ils rappellent les deux faits de Porak et de Legrand, deux cas d'avortement gémellaire avec rétention du placenta dans lesquels les femmes ont succombé à l'intoxication hydrargyrique.

Le sublimé a été battu en brèche ces derniers temps. Je n'ai aucune autorité pour prendre sa défense. Qu'il me soit permis cependant de faire remarquer que dans l'observation de Legrand, tout au moins, il n'avait peut-être pas tous les torts. Si l'on songe, en effet, que des injections vaginales et intra-utérines de 10 litres de solution de sublimé à 1 pour 2000 ont été pratiquées un nombre de fois respectable pendant la journée et pendant la nuit, point n'est besoin de rétention de placenta pour expliquer l'intoxication, et on est tenté de se demander s'il a toujours été le vrai coupable.

Voici d'ailleurs l'observation de Legrand.

OBSERVATION LXXXXXII

Avortement gémellaire. Rétention du placenta. Injections intra-utérines avec la solution de sublimé à 1 pour 2000. Hydrargyrisme aigu. Mort. Autopsie.

E... D..., 22 ans, infirmière, entre dans le service d'accouchement de la Charité (M. le Dr Budin) suppléé à cette époque par M. Champetier de Ribes) dans la nuit du 24 au 25 décembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ou de maladies antérieures ayant pu vraisemblablement déterminer des lésions prédisposantes (néphrite, entérite, etc.). Enceinte pour la première fois en 1885, elle conduisit à terme une grossesse normale. Régulée pour la dernière fois en août 1888, la malade a eu pendant les premiers jours d'octobre une métrorrhagie abondante. La grossesse actuelle serait postérieure à cet accident.

Le 17 novembre. — Elle est entrée dans un service de médecine, et s'est laissée soigner pour une métrite, en dissimulant les signes subjectifs de grossesse qu'elle éprouvait. A deux reprises elle a perdu du sang en notable quantité. La métrorrhagie n'a cédé la seconde fois qu'aux potions d'ergotine, à la glace sur le ventre et aux injections chaudes.

Les choses en étaient là, quand le 24 décembre, en pleine recrudescence des douleurs de reins et de l'hémorrhagie, elle expulsa vers le milieu de la nuit un fœtus pesant 70 grammes et long de 18 centimètres. La délivrance fut tentée par la méthode des tractions ; nous vîmes plus tard que le cordon avait été rompu à son insertion placentaire ; mais tout l'arrière-faix restait dans l'utérus, l'hémorrhagie persistait. C'est dans cet état que la ma-

ade fut transportée dans le service d'accouchement, où l'écoulement de sang s'arrêta spontanément.

25 décembre. — A 1 heure du matin, expulsion de quelques caillots. Pas de frissons; pas de fièvre; température 37°. La malade est pâle, épuisée, anémiée.

Le toucher fait sentir quelques caillots dans le vagin; un col volumineux est entr'ouvert largement. Rien ne flotte dans la cavité utérine.

L'utérus s'élève à égale distance de l'ombilic et du pubis; sa forme est globuleuse, sa consistance ferme. On fait une injection vaginale avec deux litres de sublimé à 1 pour 2000. La malade, ne pouvant uriner spontanément, est sondée dans la matinée; l'urine est claire et ne contient pas d'albumine, ainsi qu'aurait pu le faire croire son teint pâle et son visage d'apparence infiltrée. Les malléoles n'ont pas d'œdème.

M. Champetier examine la malade vers 10 heures du matin, constate que les choses sont dans le même état que ci-dessus; comme la malade venait d'un service de médecine, il ordonna trois injections intra-utérines dans le courant de la journée, avec la solution de sublimé à 1 pour 2000; des injections vaginales fréquentes alternativement avec le sublimé, l'eau phéniquée et l'acide borique; potion de Todd, thé. Le malade est placée dans une chambre d'isolement.

2 heures de l'après-midi. — On fait une première injection intra-utérine avec 10 litres de sublimé à 1 pour 2000, au moyen de la sonde intra-utérine en celluloïde de Budin et en tenant le récipient à bout de bras, c'est-à-dire à environ 80 centimètres ou 1 mètre au-dessus du plan du lit. Immédiatement après, on fait passer encore 4 litres de solution boriquée à 2 pour 100. Peu de temps après, surviennent des contractions régulièrement espacées, douloureuses.

5 heures. — Deuxième injection intra-utérine avec les mêmes

quantités des mêmes solutions. On constate en introduisant la sonde que le col est plus dilaté, l'orifice interne plus largement ouvert que l'externe. Une portion de l'œuf flotte dans la cavité utérine. 5 minutes environ après le début de l'injection, la malade profère des plaintes ; elle dit éprouver de violentes douleurs dans le bas-ventre. On termine l'injection, l'écoulement se faisant toujours bien, mais peu d'instant après, la malade est prise brusquement de nausées bientôt suivies de vomissements alimentaires.

Minuit. — Miction spontanée : aspect et quantité normaux. Le col est plus largement ouvert, en partie effacé : partout où le doigt peut atteindre dans la cavité utérine, on arrive sur une masse spongieuse, de consistance placentaire. Les contractions sont de plus en plus fortes ; dans l'intervalle le ventre n'est pas douloureux.

Le 26. — Dès 3 heures du matin, la femme paraissant mal, on me prévient ; je constate un léger écoulement sanguin, et par le toucher, je reconnais entre la masse spongieuse et le col, un fœtus engagé par le siège. Je l'extrais sans difficulté ; il est aplati par pression, non macéré, de même volume que le premier. Je fais séance tenante une injection intra-utérine avec 4 litres d'eau boriquée à 2 pour 100.

Les injections vaginales de la veille et de la nuit ont été faites toutes les 2 heures alternativement avec du sublimé à 1 pour 2000, de l'eau boriquée à 2 pour 100 et de l'eau phéniquée à 1 pour 100.

A 5 heures et demie, perte peu abondante.

A la visite, on constate que la malade a de la stomatite. Dans la journée, un peu de diarrhée ; mictions spontanées, urines d'aspect normal.

Quelques nausées, pas de fièvre 37°,5.

A partir de ce moment, on ne fait plus d'injections intra-utérines ou vaginales avec le sublimé.

11 heures du soir. — Le placenta, unique pour les ambryons, est expulsé spontanément; pas de fétidité. Il reste dans l'utérus des fragments de caduque et de chorion. Injections intra-utérines avec de l'eau bouillie phéniquée à 1 pour 100 et de l'eau boricée à 2 pour 100.

Le 27. — La température est normale. La malade se plaint de coliques persistantes.

La bouche est en mauvais état. Gingivite, salivation abondante.

Haleine fétide. Diarrhée presque continuelle; on n'a pas recueilli d'urine de la journée; dans la soirée, la sonde est introduite à deux reprises différentes: anurie.

Le 28. — L'anurie persiste depuis 24 heures; diarrhée aqueuse très abondante. Température entre 37 et 37°,5. La langue est enduite d'une couleur grisâtre, épaisse; sa face inférieure qui la veille présentait quelques efflorescences rouges, est dépouillée de façon à figurer deux larges ulcérations grisâtres; gencives rouges; salivation extrêmement abondante; horrible fétidité de l'haleine. Régime lacté absolu; eau albumineuse; grands lavements d'eau de son.

Les 29-30-31. — Diarrhée fétide, muqueuse frai de grenouille, avec tonisme rectal très marqué, simulant une violente dyssenterie. Les selles contiennent des stries sanguinolentes, de petits caillots de sang et des membranes blanchâtres ou teintées en jaune sale. La malade a dû uriner un peu. Exulcérations de la voûte palatine. Gargarismes et grands lavements.

1^{er} janvier. — La malade se trouve mieux; l'état local de la bouche paraît meilleur. Le visage est pâle et bouffi; les jambes un peu œdémateuses; hypéresthésie des jambes, surtout à droite. Le soir, hypothermie, 36°,4 à 4 heures; à 7 h. 36: délire tran-

quille. La respiration est rapide, très profonde, avec efforts des muscles respirateurs accessoires. A l'auscultation, on entend partout des sibilances et des bulles humides sous-crépitanes. Respiration un peu soufflante à la base gauche. Bruit du cœur, sourds, précipités; la main appliquée sur la poitrine ne perçoit qu'une faible ondulation. Pouls extrêmement rapide.

10 heures du soir. — Refroidissement périphérique très sensible à la main. La malade est inerte dans le décubitus dorsal. L'intelligence persiste. Mort à 7 heures du matin.

Dans le mémoire de MM. Maygrier et Demelin, je relève encore le passage suivant : « Nous voudrions faire une remarque que nous suggèrent les cas néfastes que nous avons relatés plus haut (les 2 cas de mort que j'ai rapportés). Lorsqu'on est appelé alors que la rétention du placenta géminellaire ou trigémellaire dure depuis plusieurs jours; quand la femme est en proie à la septicémie la plus grave et profondément infectée: quand enfin, le col est infranchissable pour la main, la dilatation qui demande toujours un certain temps et l'extraction ne nous semblent offrir qu'une bien faible chance de vie. De même le curage de l'utérus nous paraît illusoire: Il serait impossible d'enlever avec la curette un délivre, aussi gros, sans parler des adhérences intimes si fréquentes dans l'avortement. Skutch (d'Iéna) a publié le fait suivant: Une femme accouche à 7 mois d'un enfant mort; le placenta reste dans l'utérus qui est bicorné. C'est en vain qu'un médecin, appelé plusieurs heures après, tente de pénétrer dans l'utérus; l'étroitesse du col s'y oppose. De graves accidents septiques se déclarent. Skutch fait transporter la malade à l'hôpital, et essaie sous le chloroforme de

franchir le col, sans pouvoir y parvenir. Il pratique alors la laparotomie, ouvre l'utérus et extrait un placenta en putréfaction ; puis trouvant la paroi utérine déjà gangrenée, il enlève l'utérus. La femme guérit.

L'opération de Porro, dans de pareilles circonstances nous semble rationnelle. Nous pensons qu'elle serait indiquée de même, en dernier ressort, dans les cas malheureux dont nous parlons, et qu'en supprimant l'utérus, foyer d'infection, elle offrirait à la femme quelque chance de salut. »

L'observation de Skutch est excessivement intéressante. Je ferais seulement quelques réflexions. D'abord, c'est qu'il ne s'agissait pas ici d'un avortement, mais d'un accouchement prématuré à 7 mois. Il y avait un utérus gangrené. Puis il semble bien dur d'enlever son utérus à une jeune femme. Sans doute, c'est un moyen auquel on aurait recours qu'à la dernière extrémité ; mais on peut se demander, lorsque la femme est profondément infectée et que l'on fait l'opération de Porro, en dernier ressort, comme l'indique M. Maygrier, si alors il n'est pas trop tard même pour faire cette opération. Car en ce moment ce n'est pas seulement l'utérus qui est infecté, c'est l'organisme tout entier.

En supprimant la cause, peut-être ne supprimerait-on pas les effets.

Enfin il va sans dire que si l'on avait affaire à un avortement de plus de deux jumeaux l'intervention deviendrait encore plus urgente.

J'emprunte encore à MM. Maygrier et Demein le résumé de l'observation de Vassali, si intéressante à ce point de vue.

« Une femme secondipare, enceinte de 4 mois, arrivée au cent quinzième jour de sa grossesse est prise de douleurs abdominales. Le ventre a le volume d'une grossesse à terme ; il existe de l'œdème malléolaire. Un premier fœtus est expulsé. Le lendemain matin, fièvre et hémorrhagie. La main introduite dans l'utérus extrait un second fœtus. On perçoit alors un troisième sac dans lequel se trouvait un troisième fœtus dont on fait également l'extraction. La même opération est renouvelée pour un quatrième et un cinquième jumeaux. Vassali tente alors la délivrance artificielle, il rassemble les cinq cordons et exerce des tractions sans succès. Il introduit la main dans l'utérus, et en voulant décoller le délivre, il détermine une hémorrhagie formidable. Très anxieux, il laisse la main dans la cavité utérine et fait exercer en même temps une énergique pression sur la paroi abdominale. Cette impression intus et extra est prolongée pendant quatre heures. L'hémorrhagie s'arrête. Fatigué, Vassali est remplacé par le Dr Solari, qui introduisant à son tour la main, trouve un sixième sac, extrait un sixième fœtus et peut enfin pratiquer la délivrance artificielle. Des caillots sont expulsés en abondance. Cette laborieuse intervention a duré sept heures. Les suites de couches ont été normales. Les fœtus réunis pesaient 1730 grammes ; le plus gros 305 grammes ; le plus petit 240 grammes. Leur longueur variait entre 22 et 26 centimètres.

Le placenta formait une masse unique et assez volumineuse ; il donnait insertion aux six cordons. La conduite à tenir dans des faits aussi extraordinaires, échappe à toute règle méthodique. L'important est de vider à tout prix l'utérus, afin d'éviter la rétention du délivre. »

On voit par cette observation à quelles complications et à quelles difficultés peut donner lieu l'avortement dans les grossesses multiples.

Si l'avortement se produit au cinquième ou au sixième mois, nous avons vu que les choses se passaient comme dans l'accouchement normal. On agira donc, comme il est indiqué dans ces cas, si la délivrance ne se fait pas spontanément ou naturellement, soit qu'il y ait des adhérences du placenta, soit qu'il y ait rétraction du col, ou bien si une hémorrhagie ou autre accident vient compliquer la situation, on délivrera la femme artificiellement.

MANUEL OPÉRATOIRE

Quand l'avortement vient d'avoir lieu, que le col n'est pas revenu sur lui-même, il est facile en général de faire la délivrance artificielle.

Mais si l'accident s'est produit depuis quelque temps, si le col est refermé, l'intervention devient plus difficile. Voici le manuel opératoire indiqué par M. Budin.

A. — *Donner du chloroforme* à la malade, de manière à amener une anesthésie profonde. On y trouve deux avantages : d'abord, on met ainsi la paroi abdominale dans un relâchement complet, ce qui permet à la main libre de l'opérateur, de sentir l'utérus en déprimant la région hypogastrique et de le refouler en bas pour le rendre plus accessible ; les pinces et autres moyens destinés à l'abaisser semblent alors inutiles. L'accoucheur ayant ainsi l'utérus dans la main

pourra se rendre compte de ce qu'il fait. D'autre part, l'anesthésie rend le col plus facilement dilatable.

B. — *Faire l'antisepsie rigoureuse* et de la malade et de l'opérateur. On fera avec soin la toilette des organes génitaux externes de la patiente, et on nettoiera les organes internes au moyen d'injections antiseptiques.

C. — Ces précautions prises, on procèdera à la dilatation du col.

Souvent les doigts suffisent à le dilater : on introduit un doigt, puis deux ; si les doigts étaient insuffisants, on aurait recours aux tiges dilatatrices.

MM. Maygrier et Démelin conseillent l'emploi du ballon excitateur de M. Tarnier, puis celui de M. Champetier.

D. — La dilatation étant suffisamment large, il faut procéder au nettoyage de la cavité utérine : pendant que la main libre de l'opérateur, appuie à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus et le rend plus accessible, un ou deux doigts, introduits dans la cavité utérine, décollent le placenta et l'amènent au dehors.

Assez souvent, on rencontrera de la résistance due à des adhérences du tissu placentaire. Quelquefois, on est obligé de pétrir entre ses doigts les portions adhérentes et on ne parvient pas toujours à les enlever. Le plus souvent cependant on y réussit.

Lorsque le placenta est complètement détaché, on l'entraîne au dehors avec les doigts. On fait alors avec la sonde en forme de fer à cheval, d'abord une injection d'eau bouillie, puis une autre injection avec une solution antiseptique, le sublimé à 1 pour 4 ou 5.000.

E. — Mais j'ai parlé de cas où le tissu placentaire est uni

à la paroi utérine par des adhérences qu'il est absolument impossible de rompre avec les doigts. Il faut alors employer la curette ; mais il ne faut pas qu'elle soit entre les mains de l'accoucheur un instrument aveugle.

Dirigée par l'index avec lequel elle reste en contact, elle est portée sur les petites masses adhérentes. Et il arrive parfois que ces parties adhèrent si intimement à la paroi utérine qu'on sent l'instrument sursauter, passer par-dessus sans pouvoir les enlever. Cependant avec de la patience, et beaucoup de prudence, on finit par réussir.

F. — Après avoir fait le curettage, on s'assurera qu'il ne reste plus rien dans l'utérus. On lavera alors la cavité utérine avec de l'eau bouillie d'abord, puis on fera une injection de deux litres de sublimé à 1 pour 4.000.

G. — Certains opérateurs, après le curettage, font le tamponnement de l'utérus et du vagin avec de la gaze iodoformée. Cette gaze forme une sorte de drain qui va de l'utérus au vagin ; mais elle peut aussi permettre le drainage en sens inverse, du vagin dans l'utérus. Si l'antisepsie a été bien faite, ce tamponnement est en général inutile. M. Budin se contente de placer sur la vulve un tampon de ouate antiseptique et il s'est toujours bien trouvé de cette façon d'agir.

Il est une chose dont l'accoucheur doit être prévenu. Après le curettage, dans les heures qui suivent l'opération, la malade est généralement prise d'un frisson violent, qu'on a vu durer plus d'une heure ; la température monte à 39, 40° et plus. Mais ces phénomènes cessent bientôt ; le soir même ou le lendemain, l'état de la malade est redevenu normal. Ce frisson, cette élévation de température ne se produisent ordinairement pas, quand on opère avec les doigts seuls.

CONCLUSIONS

1° L'avortement gémellaire est très rare. D'après ma statistique, la proportion serait de un avortement gémellaire sur 1200 accouchements ; soit un avortement sur 12,5 grossesses gémellaires.

2° L'avortement gémellaire reconnaît pour causes le plus souvent l'hydramnios précoc et la mort de l'un des jumeaux.

3° Le diagnostic d'avortement gémellaire n'a presque jamais été fait avant le travail.

L'hydramnios précoc à marche spéciale signalée par M. Maygrier, peut faire soupçonner la présence de deux enfants.

Les phénomènes de la mort d'un fœtus constatés, si l'on a des signes certains de la présence d'un fœtus vivant, on peut affirmer une grossesse gémellaire.

4° Pendant le travail, on a quelquefois des signes certains de grossesse multiple : deux poches d'eau faisant saillie à l'orifice utérin.

L'hydramnios de l'un des œufs facilite le diagnostic.

Après l'expulsion d'un premier fœtus, le volume de l'utérus attire l'attention ; la présence d'une deuxième poche d'eaux lève tous les doutes.

5° Le plus souvent les deux fœtus sont expulsés en même temps.

6° Un seul des produits peut être expulsé, et l'autre continuer sa vie intra-utérine.

Cette seconde solution est favorisée par trois conditions :

La disposition anatomique des membranes ;

La duplicité de l'utérus ;

La superfétation.

7° Il peut y avoir coexistence de deux grossesses, l'une utérine, l'autre extra-utérine. Dans ce cas, la laparotomie semble indiquée.

8° Il peut y avoir grossesse gémellaire extra-utérine.

9° La délivrance s'effectue de différentes manières suivant l'époque de la grossesse à laquelle a lieu l'avortement.

Dans les trois ou quatre premiers mois la rétention du placenta est presque la règle.

Aux cinquième et sixième mois, la délivrance a lieu généralement, comme dans l'accouchement normal.

10° Le traitement prophylactique est le même que celui de tout avortement. Mais il sera beaucoup plus difficile de l'enrayer, à cause de l'hydramnios qui souvent l'a déterminé.

11° Si on n'a pu éviter l'avortement, il faut laisser agir la nature.

Alors, ou bien les deux fœtus seront expulsés simultanément, ou bien, le premier étant expulsé, le second œuf restera dans l'utérus. Dans ce cas, on emploiera tous les moyens pour prolonger son séjour dans la cavité utérine.

Mais cette conduite sera subordonnée à trois conditions :

1° Que le second œuf sera intact.

2° Que le fœtus qu'il renferme sera vivant.

3° Qu'aucun danger ne menacera la vie de la mère.

Quant le premier fœtus étant expulsé, son placenta est resté dans l'utérus, s'il est décollé, on l'extraira en prenant toutes les précautions nécessaires. — s'il n'est pas décollé, si on ne le sent pas par le toucher, on sectionnera le cordon aussi haut que possible et on tentera par tous les moyens d'enrayer le travail.

12° La conduite à tenir est simple :

a. — Si les deux placentas sont restés dans la cavité utérine, quel que soit l'âge de la grossesse, il faut les extraire : Délivrance artificielle.

b. — Aux troisième et quatrième mois, si un seul des placentas est resté dans l'utérus, on peut attendre en pratiquant une rigoureuse antisepsie. Il me semble qu'il est plus prudent d'intervenir.

c. — Aux cinquièmes et sixième mois, on se comportera comme dans l'accouchement normal.

13° Le pronostic de l'avortement gémellaire est grave. Cette gravité provient de la rétention fréquente du placenta et de la rapidité avec laquelle il se putréfie.

14. On fera la délivrance artificielle sous le chloroforme. On dilatera d'abord largement le col, puis on extraira le placenta avec les doigts seulement autant que possible. On ne recourra à la curette que si les adhérences du tissu placentaire à la paroi utérine n'ont pu céder au premier moyen, et on ne l'emploiera qu'avec de grandes précautions, en sachant à chaque instant ce que l'on fait.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive. Th. de Paris, 1890.
- AUVARD. — Archives de Tocologie. Avril 1883.
- DANIELE BAIARDI. — Annali di ostetricia, 1886, p. 248. Ovulazione durante la Gravidanza.
- BAUDELOCQUE. — Art des accouchements, 1715. Tome II, p. 340 (note) 519-524.
- BAZANELLA. — Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie, 25 août 1891, n. 8, p. 362.
- BOTHWEL. — British medical Journal, 5 octobre 1889.
- BOUCHACOURT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Tome 26, 1^{re} série, article avortement et art. Délivrance.
- BOULEY. — Dictionnaire de médecine vétérinaire, 1856, p. 297. Art. Avortement.
- BRACHET J. — De l'avortement partiel dans la grossesse multiple. Gaz. des hôpit., 1849.
- BROWN. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine. Transactions of th. amer. Gyn. Society. Tome 6, 1882, et annales de Gyn. Tome 19, 1883, p. 48
- BRUGGISER. — Corresp. Blatt. für Schweizer Aerzte, p. 85, 1^{er} février.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstét. et gyn., p. 494.
- BUTLER SMITH. — Th. Lancet, 12 décembre 1885, p. 1090.
- CAPURON. — Cours théoriq. et prat. d'accouch. 2^e édit. Paris 1816, p. 340.

- CARSON. — British médical Journ., 14 février 1880.
- CASSEDEVANT. — Menstruation pendant la grossesse. Th. de Bordeaux 1882.
- CASTÉRA. — De la délivrance dans l'avortement. Th. de Paris 1877.
- CAZEAUX. — P. 580-583. Traité théor. et prat. de l'art des accouchements, revu par Tarnier 1870.
- CENTRALBLATT für Gyn. 30 mai 1899.
- N. 3, 1890.
- CHAILLY HONORÉ. — Traité prat. de l'art des accouch., 3^e édition 1853, p. 132-285.
- CHANTEMESSE. — Leçons sur l'avortement.
- CHANTREUIL. — Gazette des hôpit., 1870. N^o 44, p. 173.
- CHARLES N. — Cours d'accouch à la Maternité de Liège 1887. Vol II, p. 360.
- CHRISTOPHER. — Am. Journ. of obstetris. Mai 1885. — Ovulation pendant la grossesse. Annali di ostetricia, 1887, p. 144.
- COLOMBE. — De la délivrance. Th. de concours pour l'agrégation et le professorat. Paris 1834.
- CORNET. — Des grossesses gémellaires. Th. de Paris. Juin 1889.
- COSENTINO-GIOVANNI. — Annali di Ostetricia 1885, p. 321.
- DAUCHEZ. — Arch. de Tocologie, 1881, p. 173.
- DAVAINE. — Société de biologie, décembre 1860.
- DELAMOTTE. — 2^e édition, 1765, p. 428, 125, 541.
- DEMONS. — Journ. de médecine de Bordeaux, 1879, n. 40.
- DENMAN. — 1802, Tome II, p. 640. Superfétation, p. 456.
- DEPAUL. — Art. Avortement du Dictionnaire des Sc. med. Tome I, p. 367.
- DEUTSCH MED. WOCH. — N. 5, p. 88, 1890. Hydramnios dans une grossesse gémellaire à œuf unique.
- DIONIS. — Traité de l'accouchement. Paris 1618, p. 134.
- DUBOIS ET PAJOT. — Traité complet de l'art des accouch., 1860.
- DUGÈS. — Manuel d'obstétriq., 3^e édition, 1840.

- Mémoire sur les accouch. multipl. ou gémellaires, in
Rev. méd., 1826. T. I, p. 391.
- M. DUNCAN. — Rescarches in obstetric practice Edimburg 1868.
- EDIS. — Société obstétricale de Londres. Séance du 3 octobre
1883.
- EDWARDS. — New-York med. Record. Février 1889, p. 201.
- ETHERIDGE. — Annales de Gyn., 1885, p. 406.
- E. FASOLA. — Alcune considerazioni sopra tre gravidanza
gemelle. Annali di Ost., 1887, Vol. IX, p. 1.
- FERDUT. — Th. de Paris, 1865.
- FRANKEL. — Hayem. Revue des Sc. méd., 1884, p. 215.
- PEU. — Pratique des Accouch., 1694.
- GANAHL. — Thèse de Paris, 1867.
- GARDIEN. — Traité d'accouch. 1824. T. II, p. 122.
- GAUTIER. — Rev. med. Suisse., août 1888.
- GENESTEIX. — Thèse de Paris, 1886.
- G. GILES. — Archiv. de Tocologie, 1887, p. 971.
- GREEN. — The delivery of the second foetus. Amer. Journ. of
obstet. 1884, p. 149.
- GUÉNIOT. — Annales de Gyn., 1881.
- GUILLEMOT. — Heureux Accouch. Liv. II, p. 285.
- Arch. général. de méd., 3^e série, 1839. Tome V, pp. 3,
321, 397.
- GUZZONI DEGLI ANCARANI. — Contributo alla diagnosi della gra-
vidanza doppia. Modena, 1887.
- Estratto del Giornale delle levatrici. Anno 88. N^{os} 12
et 13.
- HAMILTON J. JUNIOR. — Outlines of Midwifery, 1826.
- HENDERSON. — Glasc. med. Journ. April 1883, et Cent. Bl.
fur gyn., 1884, p. 112.
- HERRFELD A. — Der Frauenarzt. Nov. 1891.

- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, édit. de Genève. Tome II :
Εκ των Επιδημιων, liv. VII, p. 1235.
- HOEBEK. — Traité de l'avortement, Paris, 1842.
- HOEDLICK. — Berlin. Klin. Wochens. N° 39-29, nov. 1879, p.
592.
- HUBERT DE LOUVAIN. — Traité d'accouch. T. I, p. 38, 220. Tome
II, p. 377.
- HYRIGOYEN. — Thèse de Bordeaux, 1879, p. 40.
- JACQUEMIER. — Traité des accouch. et des maladies de fem. gros-
ses et accouchées, Paris, 1846. T. I, p. 461.
— Dict. encyclop. des sc. med. T. VII, p. 523 et suivan-
tes.
- JAGGARD. — Am. Journ. of obstet. January 1891.
- JOULIN. — Traité complet d'accouch. 1867, p. 739-737.
- KEHRER. — Annales de gyn., 1887.
- GIULIO KIRCH. — Annali di ostet., 1886, p. 324. Gravidanza quin-
quegemella.
- LABORDE-SIMONNET. — De la délivrance. Th. de Paris, 1857.
- M^{me} LACHAPELLE. — Pratiq. des accouch., 1825, t. II, p. 315.
- LAFFORGUE (de Toulouse). — Revue méd. de Toulouse, 1872. Ac-
couch. gémellaire quadruple.
- LEFORT. — Des malformat. de l'utérus et du vagin. Th. d'agrégat.
de Paris, 1863, p. 100.
- LEGRAND. — Archiv. de gyn., 1889, p. 411.
- LEVRET. — P. 347, 436-437-439 (observations sur les causes et
les accidents de plusieurs accouchements laborieux, 1747).
- MALLINS. — Société obstét. de Londres. Séance du 3 octobre 1883.
- MAYGRIER ET DÉMELIN. — Arch. de Tocologie, janvier 1892.
- MICHAELIS. — Observat. de grossesse triple. Analysée in news
zeitschrift fur Geburtskunde, G. Q., 1840, 9. 445.
- NÉGRIER. — Rech. anatomiq. et physiolog. sur les ovaires. Paris,
1840, p. 20.

- NEGRI E PARONA. — Contribuzione allo studio della ovulazione durante la gravidanza. *Annali di ostet.*, 1886, p. 392.
- DE OTT. — *Annales de gynécologie*, octobre 1891.
- PATRIDGE. — *New-York, Med. Journ.*, mars 1881.
- PINZANI. — *Rivista clinica*, août 1845.
- PLAYFAIR. — *Traité des accouch.*, 1879, p. 205.
- POWER JOHN. — *Treatise on medwifery*, 2^e édit., 1823, wirth numerous cases and observat. on premature expulsion of the ovum and retention of the placenta.
- PUGLIATTI. — Un caso di parto bigemino non simultaneo. Roma 1881.
- RACIBORSKI. — *Traité de la menstruation*. Paris, 1868, p. 123.
- REICHARD. — *Amer. Journ. of. obstet.*, 1887, p. 844.
- RIBEMONT. — *Annales de Gynécologie*, juillet 1889.
- RIVET. — *Archives de Tocologie*. Juin 1884.
- RIVIÈRE. — Quels cas intéressants de grossesse gémellaire (Bordeaux). *Extrait des Arch. de Tocologie*, juillet 1888.
- ROETHER. — *Centrab. fur Gyn.* Nov. 14, 1891.
- ROWLAND G. — *Med. News*, 28 octobre 1882.
- RUMPE. — *British. Med. Journ.* Novembre, 21, 1891.
- SABOIA. — *Traité d'accouch.* 1873, p. 229, 230.
- SCHROEDER. — *Manuel d'accouch.* 1875. Traduct. de Charpentier. p. 63.
- SCHULL. — *Archiv. de Tocolog.* Mars 1891, p. 225.
— *Revue méd. de l'Est*, avril 1892.
- ARMINTA SCOTT. — *Am. Journ. of. obstet.* January, 1880.
- SMELLIE. — *Tom. II*, p. 98 à 100. *Observat. sur les accouch.* 1777.
- SOURICE. — *Th. de Paris* 1887. — *Observat de Bayard*.
- DE SOYRES. — *Leçon de Clinique. Obstet. professées à l'hôpital de Cliniq. par Depaul de 1872 à 1875.*

- SPECK. — New-York. Med. Journ. 18 janv. 1891, p. 69.
SPINELLI. — Riforma medica, 18 octobre 1889.
STEWART. — Amer. Journ. of obstet. Vol. 13, p. 159.
STONE. — Amer. Journ. of obstet. Avril 1890.
SSOTSCHAWA. — Cent Blatt. fur gyn. 1878, p. 406.
TARNIER ET CHANTREUIL. — Traité d'accouchements, p. 546.
TRACHET. — Arch. de Tocologie, nov. 1889-90.
VALENTA. — Arch. fur Gyn., XIX, Heft 3.
VELPEAU. — Traité complet de l'art des accouchements, 2^e édit.
1835, pp. 339-341-392-405-406-497.
CAPORALI VINCENZO. — Arc. de Tocolog., 1880, p. 687.
WARREN. — Amer. Journ. of obstet., mai 1887.
WILL. THOMPSON LUSK. — Science et art des accouch. Traduct.
de Doléris, p. 264.
WOODHOUSE. — Interval between the birth of twins. Dublin méd.
journ., 1882, p. 214.
ZINCKE. — Annales de gyn., 1880.
-

Vu par le Président de la thèse,

TARNIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — De la fréquence de l'avortement gémellaire.	10
« II. — A quelle époque se produit l'avortement gémellaire	12
« III. — Causes de l'avortement gémellaire.....	15
« IV. — Diagnostic de l'avortement gémellaire.....	18
1 ^o Avant le travail.....	18
2 ^o Pendant le travail.....	39
3 ^o Après l'expulsion d'un fœtus.....	49
« V. — Marche de l'avortement gémellaire.....	58
« VI. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine.	118
— Grossesse gémellaire extra-utérine.....	135
« VII. — De la délivrance dans l'avortement gémellaire	136
« VIII. — Pronostic.....	157
« IX. — De la conduite à tenir	158
1 ^o Pendant l'avortement.....	158
2 ^o Pendant la délivrance.....	171
« X. — Manuel opératoire de la délivrance artificielle.....	185
CONCLUSIONS.....	188
BIBLIOGRAPHIE.....	191

